

APRECIACÃO DE PROGRAMAS COM AÇÕES

INTEGRADAS DE SAÚDE

PROJETO NITEROI

FRANCISCO BERNARDINI TANCREDI

GONZALO VECINA NETO

ANTONIO FERNANDO GUIMARÃES DIAS

SETEMBRO - 1988

CAPÍTULO 1

O PROGRAMA E SEU CONTEXTO

Niterói pertence à Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Teve seu povoamento iniciado no século XVI; em 1834, foi escolhida para Capital fluminense, tendo sido elevada à categoria de Cidade em 1835. Perdeu a condição de capital do Estado em 1975, com a fusão do antigo Estado da Guanabara e do Estado do Rio de Janeiro.

No entanto, aproximadamente um século e meio de status de capital possibilitou ao município experimentar períodos de forte industrialização (principalmente indústria naval), que se fizeram acompanhar pela multiplicação dos serviços urbanos em geral. Esse fato tem um peso histórico, na medida em que, no período em questão, a cidade funcionou como pólo atrativo de fluxos migratórios de fundamental importância para a configuração demográfica que hoje tem a RMRJ (Região Metropolitana do Rio de Janeiro).

Niterói possui uma área de 130 km², inferior à extensão territorial de muitos bairros da cidade do Rio de Janeiro. Situa-se na orla oriental da Baía de Guanabara, limitando-se à leste com os municípios de São Gonçalo e Maricá, e ao Sul com o Oceano Atlântico; dista 16 km da capital do Estado, separada pela baía da Guanabara. Suas condições climáticas não apresentam fenômenos especiais; seus índices pluviométricos são considerados normais. A cidade ocupa pequenas planícies, encostas e praias entre o mar e a montanha.

Em 1970, Niterói contava com uma população residente de 324.367 habitantes; em 1980, com 400.140 e em 1986 com 448.490 habitantes. Desde a década de 70, o município mantém o 4º lugar em densidade demográfica da RMRJ (3.078 hab/km² em 1980).

Com uma infraestrutura de serviços relativamente ampla e diversificada, com destaque para a área de saúde, Niterói vive a responsabilidade de atender não só à demanda de sua população, mas, também, de atender a uma demanda significativa dos municípios da sua periferia imediata (São Gonçalo, Maricá, Itaboraí e parte da demanda do município de Magé), bem como de outros municípios do Estado do Rio menos estruturados para atender a casos de maior complexidade. Estudos recentes realizados por técnicos do Projeto Niterói destacaram a afirmativa acima. Cabe dizer que somente o município de São Gonçalo abriga uma população cerca de uma vez e meia maior do que a de Niterói. (Quadro 1.1)

Quadro 1.1 Estimativa de População de municípios selecionados, para o ano de 1986

Município	População
Niterói	448.490
São Gonçalo	762.700
Maricá	39.540
Itaboraí	159.570
Magé	210.280

Fonte: Dados estimados a partir dos dados censitários de 1980

1.1 Antecedentes Históricos e Políticos

O status de capital do Estado do Rio de Janeiro, portanto pólo de decisão política, palco de lutas político-partidárias e pólo econômico de peso por alguns períodos, explica, em parte, a criação e expansão de uma estrutura de serviços ampla e diversificada, tanto qualitativa quanto quantitativamente.

Pode-se dizer que o ano de 1975 assinala para Niterói a construção de um novo referencial explicativo, já que de imediato o processo de fusão significou a redução da capacidade do município em dispor de recursos, passando, com a grande maioria dos municípios brasileiros, a compor o quadro de miséria e endividamento crescentes, amplamente patrocinados pelo regime autoritário pós-64 que se caracterizou por forte centralização de poderes e recursos financeiros no nível federal.

A década de 70 já encontra Niterói com uma rede estadual de serviços de saúde, uma rede vinculada a previdência social e um Hospital Universitário. A Prefeitura Municipal, através da Secretaria Municipal de Saúde tinha como função a administração de cemitérios municipais, capelas e serviços funerários, além de, eventualmente, desenvolver algumas ações de saúde pública através de campanhas.

A Universidade, além do Hospital Universitário, mantinha um campus avançado em São Gonçalo, o qual, por

dificuldades logísticas, fora desativado. Porém, como alguns dos profissionais da universidade viam a necessidade de o aluno perceber o homem em seu ambiente, em 1973, foi firmado um convênio com a Fundação Leão XIII (órgão estadual criado para administrar a questão das favelas) onde a Universidade iria gerir uma unidade sanitária dentro da Favela da Vila Ipiranga no Centro Comunitário de Fonseca. Quem operava a unidade era o Departamento de Saúde da Comunidade, que realizou uma série de inovações, inclusive criando o internato e residência em Saúde Pública. Os resultados foram considerados excelentes por alunos e professores.

Dentro desse momento em que se começa a questionar o currículo médico, em que aparece o Programa de Interiorização das Ações de Saúde - PIASS, do Ministério da Saúde; os primeiros projetos de integração docente-assistencial (PISMI-1976 - Programa Integrado de Saúde Materno Infantil); outras experiências nacionais de integração de serviços (Londrina e Montes Claros) e o discurso da Atenção Primária de Alma Ata é difundido, ocorrem as eleições municipais de 1976, quando em Niterói é eleito um prefeito de oposição, embora com fortes raízes em forças políticas locais populistas.

O novo prefeito busca quadros na Universidade, inclusive o Secretário de Saúde, o qual sai do Departamento de Saúde da Comunidade. Este incorpora um grupo de profissionais com formação diferenciada (não só de saúde como de Ciências Humanas e Sociais) e elabora o Plano de Ações 1977/80 da Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social - SMS, apontando, fundamentalmente, para a criação de uma rede básica de serviços de saúde nos moldes da proposta de Cuidados Primários de Saúde, que foi implantada progressivamente em bairros periféricos, comprovadamente desprovidos de recursos. Já naquela época o plano da SMS sinalizava para a necessidade de integração de serviços.

Para respaldar a proposta Municipal foram utilizados instrumentos tais como a Lei do Sistema Nacional de Saúde - 6229/75, o código de Saúde - (Decreto Lei nº 214/75) e a Lei Orgânica dos Municípios.

Em 1977 a VI Conferência Nacional de Saúde assumiu em definitivo a proposta da extensão da cobertura de saúde para o país, via Cuidados Primários de Saúde.

Apesar da vontade política e competência técnica, faltavam à Prefeitura Municipal os recursos financeiros para a construção das unidades. Foi necessário o imediato aumento de dotação orçamentária para a saúde no orçamento municipal, bem como a solicitação de financiamento ao governo federal (Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS) e assinatura de comodatos e convênios entre a Prefeitura e outras instituições.

O município apresenta, na década de 80, um setor público de saúde cuja capacidade instalada está acima da média nacional, qualitativa e quantitativamente, com uma rede assistencial abrangendo do 1º ao 3º nível de complexidade, e um hospital universitário considerado de excelência. Os serviços são prestados pela Universidade Federal Fluminense (UFF), pela previdência social através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), pela Secretaria de Estado da Saúde (SES), pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e pelo Ministério da Saúde (MS) através da Superintendência de Controle Ambiental (SUCAM).

Cabe dizer que todo este complexo de serviços operava de forma desarticulada e caótica, com superposição e duplicidade de ações.

A participação da população, além de episódica, quando muito estava afeta a tentar entender e se mover dentro do caos. E quando atendida em suas necessidades, atribuía o resultado à "boa vontade" deste ou daquele profissional competente e "caridoso", produzindo e reproduzindo os mecanismos clientelistas e paternalistas peculiares ao processo histórico nacional.

Niterói era naturalmente um campo fértil para a tentativa de implantação de uma proposta alternativa de integração de serviços de forma regionalizada e hierarquizada, há muito presente no "discurso sanitário".

A crise da Previdência Social que finaliza a década de 70 e inaugura a de 80, dialeticamente, produziria um aliado fundamental do processo que se desentruava; o CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária) e seu Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social.

Neste mesmo período (1981) o então Diretor da Faculdade de Medicina da UFF, reunia-se periodicamente com um grupo de professores, para discutir questões curriculares do curso de medicina. Do local onde ocorriam as reuniões via-se um prédio da Previdência Social construído dois anos antes, mas fechado, até então (inaugurado em 1982, é hoje o Centro Previdenciário de Niterói). Como o Hospital Universitário vivia problemas de espaço físico, as discussões passaram também a absorver a possibilidade de uso daquele edifício da Previdência. O grupo acreditava que os alunos de Medicina não poderiam ficar, exclusivamente, dentro de um hospital universitário; eles precisavam passar por um sistema aberto mais integrado, menos viciado e caótico.

Em função dessas questões, o Diretor da Faculdade de Medicina foi ao Rio de Janeiro conversar com o Presidente

do CONASP, também do quadro da Universidade, que o encaminhou ao Diretor do Departamento de Administração Médica do INAMPS, departamento ao qual estavam afetas todas as unidades próprias do INAMPS. Uma primeira conversa deu origem a diversos encontros subsequentes, gradativamente transformados em reuniões de trabalho e na "1ª reunião para debate de problemas relativos à coordenação de recursos médico-assistenciais oficiais, em áreas metropolitanas do País."

A referida reunião ocorreu em 02.02.1982, com o tema: Organização de serviços de saúde em áreas metropolitanas; coordenação das instituições e regionalização dos serviços.

O grupo chegou às seguintes conclusões:

"1 - Os estudos e propostas do Plano de Localização de Unidades de Saúde (PLUS) deveriam servir de base para o estudo agora pretendido;

2 - devia ser abandonada a idéia de vinculação do beneficiário à determinada unidade de saúde pelo cartão domiciliar;

3 - das áreas metropolitanas não deveriam ser excluídas as populações periféricas (áreas de dormitório) da área central, embora pudessem expandir e complicar o modelo municipal. Dever-se-ia estudar um modelo micro-regional de serviços de saúde;

4 - a área de Niterói/São Gonçalo foi considerada ideal para a experimentação da proposta, tendo em vista a presença dos ingrediente essenciais ao modelo e a proximidade dos órgãos centrais do INAMPS, dos Governos Estadual e Municipal e de várias instituições de pesquisas do Ministério da Saúde (Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ) de universidades e outras como o IBGE e FGV;

5 - a conveniência de partir do CONASP a determinação de que tal estudo fosse feito e, com seu respaldo, conduzido até a implantação;

6 - sugerir ao presidente do CONASP a indicação de um grupo de trabalho para, sob sua orientação, conduzir as pesquisas e estudos necessários à consecução desse propósito."

No período em foco o INAMPS passava por uma crise financeira de raízes conjunturais. Era objetivo do CONASP procurar formas alternativas que possibilitassem reduzir os gastos e a dívida da previdência. Havia diversos projetos em andamento, um dos quais chamava-se "Regionalização e

Hierarquização" sob a coordenação do ^{Director} Reitor do Departamento de Administração Médica

Com o processo de reuniões deslanchado, a presidência do INAMPS (através da Portaria PT-INAMPS--RR697/82) designou formalmente o Diretor do Departamento de Administração Médica para implantar o "Projeto de regionalização e Hierarquização dos serviços de saúde de Niterói." Foi criada uma comissão consultiva formada inicialmente por profissionais oriundos das seguintes instituições: Instituto de Planejamento Econômico e Administração (IPEA), INAMPS, Fundação Getúlio Vargas (FGV), UFF, Organização Panamericana de Saúde (OPS), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), MS e SMS.

Algumas reuniões sucederam-se; documentos foram produzidos e analisados. Ações imediatas foram propostas e executadas, como por exemplo, a ativação do hoje Centro Previdenciário de Niterói (CPN), com a transferência de serviços que ocupavam prédios alugados e pulverizados pelo município.

Nos debates ficou evidenciada a necessidade de um plano abrangente para Niterói, com as seguintes condições essenciais:

- "- delimitação de uma área e uma população;
- exames das comunicações, transportes ou condições de acessibilidade aos serviços necessários;
- diversidade de dimensões, equipamentos e programas de trabalho das várias unidades existentes;
- classificação e hierarquização das unidades de prestação de serviços de saúde como condição da economia;
- regionalização da oferta de serviços;
- participação ativa da comunidade;
- necessidade de impor as mudanças que se evidenciaram essenciais ao bom funcionamento do subsistema regional;
- revisão das rotinas e práticas assistenciais, dando ênfase à satisfação do cliente e aos programas de integração docente-Assistencial;
- pesquisa de campo operacionais."

Como fatores negativos apontavam:

- “- obstáculos e antagonismos;
- organização política e administrativa;
- multiplicidade de instituições de saúde;
- expectativas e comportamento individuais.”

Como fatores positivos:

- “- desorganização do sistema vigente;
- bom relacionamento informal das principais instituições presentes na área em estudo.”

Como conclusões apontavam:

- “- necessidade de uma Comissão Diretora com representantes das grandes instituições - federais, estaduais, municipais e autárquicas;
- necessidade de grupos locais de implantação, acompanhamento e coordenação operativa;
- aproveitamento da capacidade ociosa ou de instalações ociosas nos próprios do Estado ou Município para ampliar os programas básicos de atendimento.”

Em 19.07.82, pela portaria INAMPS/PR-726/82 foi criada a Comissão Executiva Local do Projeto Niterói, que adotou como metodologia do trabalho o planejamento/ação a partir de definição de objetivos, estratégias e instrumentos operacionais. O modelo gerencial tinha como essência a participação multi-institucional com a preocupação com o seu aperfeiçoamento na prática em função das necessidades sentidas.

A proposta do Projeto Niterói tinha como objetivos gerais:

- 1 - Estender a cobertura dos serviços de saúde à população do Município de Niterói;
- 2 - ampliar progressivamente a abrangência desta cobertura aos Municípios de São Gonçalo, Itaboraí e Maricá;
- 3 - aumentar a eficiência e a eficácia das ações de saúde do Setor Público;

4 - promover a integração docente-assistencial em todos os níveis de atenção à saúde;

5 - desenvolver estudos e pesquisas de planejamento, execução e avaliação com vistas à mais adequada distribuição de recursos (financeiros, humano, técnico-administrativos e materiais).

Para a consecução destes objetivos foram definidas as seguintes estratégias:

a - Integração, Regionalização e Hierarquização dos serviços de saúde a partir do setor público;

b - estabelecimento de uma "porta de entrada" no sistema de saúde, preferencialmente através dos níveis mais simples de atenção à saúde;

c - procura de obtenção de maior garantia de resolutividade em cada nível de atenção;

d - garantia de um sistema de "referência e contra-referência" entre os diferentes níveis de complexidade do sistema;

e - obtenção da participação da comunidade tanto de técnicos como de usuários, através de reuniões, seminários, discussões, matérias informativas, etc.

A Comissão Executiva Local definiu como instrumentos básicos necessários à implantação do Projeto, a celebração de convênios entre o INAMPS e as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde.

Definiu também que estes convênios deveriam plantar uma nova modalidade de repasse financeiro do INAMPS para os conveniados, tendo como exemplo o convênio MEC-MPAS. Estabeleceu portes de consulta ambulatorial de acordo com os diversos níveis de atenção, assim como definiu as unidades operativas das diferentes instituições que participam do Projeto (os convênios foram firmados com base na PT-MPAS/SSM nº 214, de 05.10.82, que classificava e definia os portes dos serviços a serem prestados na Região Metropolitana de Niterói).

Além dos convênios, a Comissão Executiva Local propôs a assinatura de Protocolo de Cooperação, que foi firmado pelas instituições envolvidas no projeto, comprometendo-se em participar e facilitar o desenvolvimento do mesmo.

Os instrumentos anteriormente relacionados foram assinados pelas instituições e encontram-se em vigência.

Como consequência dos primeiros resultados alcançados em Niterói, foram firmadas as portarias: PT.MPAS/SSM nº 215, de 18.11.82, que estendia o Projeto de Integração às áreas Metropolitanas de Natal, Florianópolis e Campinas (convênios firmados com base na Minuta 210/82 e PT-MPAS/SSM nº 217, de 07.12.82) que ampliava a possibilidade de estender-se os convênios com base na minuta 210 e outras áreas metropolitanas.

Finalmente para viabilizar algumas medidas de integração de serviços, o presidente do INAMPS, em 08.11.82 assinou Resolução RE-INAMPS-PR nº 28 que possibilitava o manejo de servidores do INAMPS para órgãos de saúde em áreas de integração.

A operacionalização do projeto era realizada por uma comissão (a CEL) e esta logo veio a sentir a necessidade de criar alguns instrumentos adicionais para auxiliar a gerência. Assim, foram criados os grupos de trabalho (GTs) e a Secretaria Executiva (SE), esta última, fundamentalmente, com funções de coordenação e acompanhamento.

Os GTs eram formados a partir da indicação de elementos de cada uma das Instituições envolvidas, sendo mantidos os vínculos formais de trabalho, bem como as remunerações atinentes aos seus cargos nas instituições de origem. Foi tentada a conformação ideal de cada GT conter, pelo menos, um elemento de cada instituição. No entanto, transcorridos seis anos a prática demonstrou que algumas instituições se fizeram mais representadas do que outras. As mais presentes nos GTs foram o INAMPS e a Secretaria Municipal de Saúde.

Durante os três primeiros anos de funcionamento do Projeto, o Secretário Executivo foi indicado pela Superintendência Regional do INAMPS, passando depois a ser indicado pela Comissão Executiva Local com mandato de dois anos, com possibilidade de recondução por mais dois, conforme o disposto em Regimento Interno.

Até hoje, três elementos ocuparam a Secretaria Executiva do Projeto Niterói. A Dr^{ma} Maria Manuela P.C.A. dos Santos - Sanitarista da Secretaria Municipal de Saúde e Professora do Departamento de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense, que foi a 1^{ma} Secretária Executiva, tendo ocupado o cargo do início do Projeto até o mês de julho de 1983. Foi substituída pelo Dr. Jaime Treiger - médico do INAMPS. Em janeiro de 1984, o Dr. Gilson Cantarino O'Dwyer - médico vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e ao INAMPS, assumiu a Secretaria Executiva do

Projeto Niterói, sendo reconduzido em outubro de 1985 pela própria Comissão Executiva.

Além da figura do Secretário Executivo, inicialmente, havia também um Coordenador, cargo que foi ocupado apenas pelo Dr. Luiz Antonio Santini R. da Silva e extinto em julho de 1983.

1.2 Estrutura Geral do Projeto Niterói

A seguir apresenta-se uma visão do quadro de serviços disponíveis pelo PN que será detalhada nos capítulos seguintes.

O Quadro 1.2 lista as instituições hospitalares de Niterói com algumas características mais fundamentais.

O Quadro 1.3 lista as instituições ambulatoriais, segundo o nível de atenção.

Acessoriamente, apresenta-se a hierarquia da rede pública na Figura 1.1 e sua localização geográfica na Figura 1.2.

Caracteristicamente, a rede primária, devido às condições geográficas, tende, na maioria, a funcionar com um certo grau de adscrição da clientela, a despeito de em algumas delas existir invasão dos municípios vizinhos, notadamente de São Gonçalo.

O fenômeno da adscrição é bem menos evidente nas redes de nível secundário e terciário. Aliás, a própria regionalização e hierarquização das unidades é bastante incipiente na região; com exceção, da rede primária, do PAM, CPN e do HUAP, a rede assistencial não tem papel claramente definido.

As distâncias em Niterói não são um fator importante para a questão da acessibilidade. A malha viária e o sistema de transporte coletivo são razoavelmente bons e o município é relativamente pequeno. As maiores distâncias médias são de 30 minutos.

O relacionamento com o setor privado, do ponto de vista formal, é inexistente, a despeito deste contar com a grande maioria dos leitos hospitalares disponíveis. Na prática, o que ocorre é que a Previdência Social contrata os serviços privados que são consumidos pelo PN, com pouca

interferência deste. O setor privado tem uma postura semelhante em relação ao PN.

Quadro 1.2 Instituições hospitalares públicas e privadas contratadas em Niterói, 1987.

NOME/PRO- PRIEDADE	CAPACIDADE OPERACIONAL		CARACTERÍSTICAS
	1983	1987	
UAP / UFF	471	361	hospital de ensino; possui todas as especialidades; ambulatório e emergência.
HOFF / INAMPS	72	51	especializado em cirurgia gastro- -enterológica; tem residência mé- dica; em ampliação para 135 leitos
HEAL / SES	180	44	obstetricia, ginecologia, clínica médica; cirurgia geral e vascular; ortopedia; odontologia; ambulatório; emergência.
HEGVF / SES	30	25	hospital infantil; cirurgia; clíni- ca médica; ambulatório; pronto-atendi- mento; odontologia. Inicia reforma para ampliação.
JURUJUBA/ SES	120	130	especializado em Psiquiatria; ambula- tório.
16 HOSPI- TAIS / PRIVADOS	1.106	1.157	obstetrícia, ginecologia, clínica mé- dica e cirúrgica, pediatria e diversas especialidades.
2 HOSPI- TAIS PSI- QUIATRICOS/ PRIVADOS	342	276	especializados em psiquiatria. Não há atendimento ambulatorial contratado.

Quadro 1.3 Serviços extra-hospitalares do PN, 1987

NOME/PROPRI- IDADE	VOLUME DE CON- SULTAS (em 1000)		CARACTERÍSTICAS
	1983	1987	
SEGUNDO NÍVEL (ambulatórios e policlínicas)			
HUAP/ UFF	360,3	288,5	todas as especialidades; emergência; laboratório; R-X.
PAM - CPN/ INAMPS	315,6	367,0	todas as especialidades; emergência; laboratório; R-X
PAM - AMARAL PEIXOTO / INAMPS	334,8	207,2	diversas especialidades
PAM-ARARI- BOIA/ INAMPS	177,6	124,0	somente ginecologia e obste- trícia.
PAM-ENGENHOCA INAMPS	42,1	32,6	ginecologia/obstetrícia; pe- diatria; cardiologia; derma- to; neuro; psiquiatria; ORL; odontologia.
HEML / SES	49,7	33,7	especialidades básicas; odo- ntologia; pronto-socorro.
HEGVF / SES	85,6	85,3	principalmente pronto-atendi- mentos e emergências; somente infantil; laboratório.
HOSPITAL JURUJUBA / SES	4,7	4,1	somente psiquiatria e psico- logia.
CENTROS DE SAÚDE (2) / SES	48,7	61,2	clínicas básicas; dermatolo- gia; fisiologia; odontologia; também programas de primeiro nível.

Quadro 1.3 (continuação)

PRIMEIRO NÍVEL (unidades primárias)			
UMS-1 e UMS-6 S.P.A. / SMS	(1)	22,4	serviços de pronto-atendimen- to; atendimentos de emergên- cia; remoção de pacientes.
UMSs (13) / SMS	58,8	107,4	programas de primeiro nível; clínicas básicas; odontolo- gia; suplementação alimentar; vacinações; psicologia.
POSTOS DE SAÚDE (2) / SES	18,8	13,7 (2)	programas de primeiro nível; suplementação alimentar; va- cinações; clínicas básicas.
SUBPOSTOS DE SAÚDE (2) / SES	(3)	2,3 (4)	estrutura muito simplificada; somente saúde materno-infan- til; vacinações.

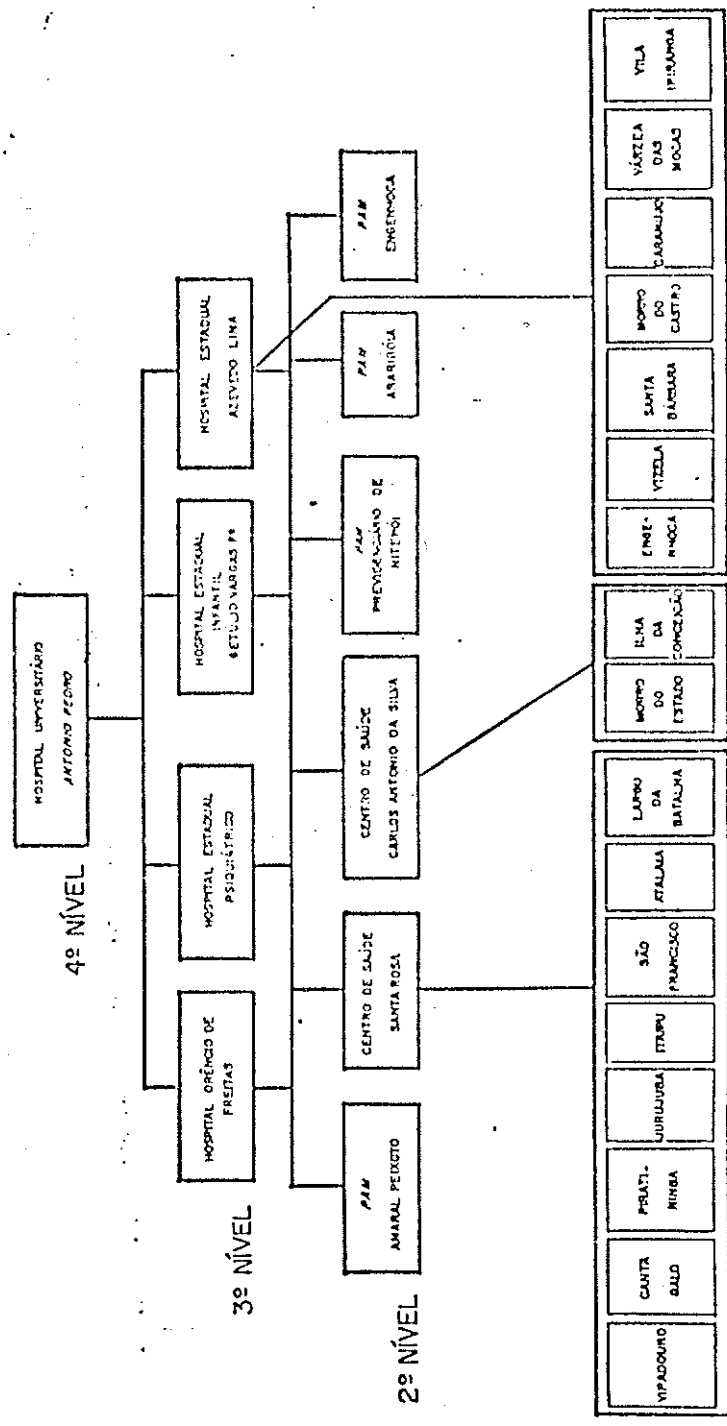
(1) nessa época não havia S.P.A. nas UMSs.

(2) dados incompletos.

(3) dados incluídos na produção dos CSs a que estão ligados.

(4) dados incompletos.

Figura 1.1. ESTRUTURA DA REDE PÚBLICA DE NITERÓI

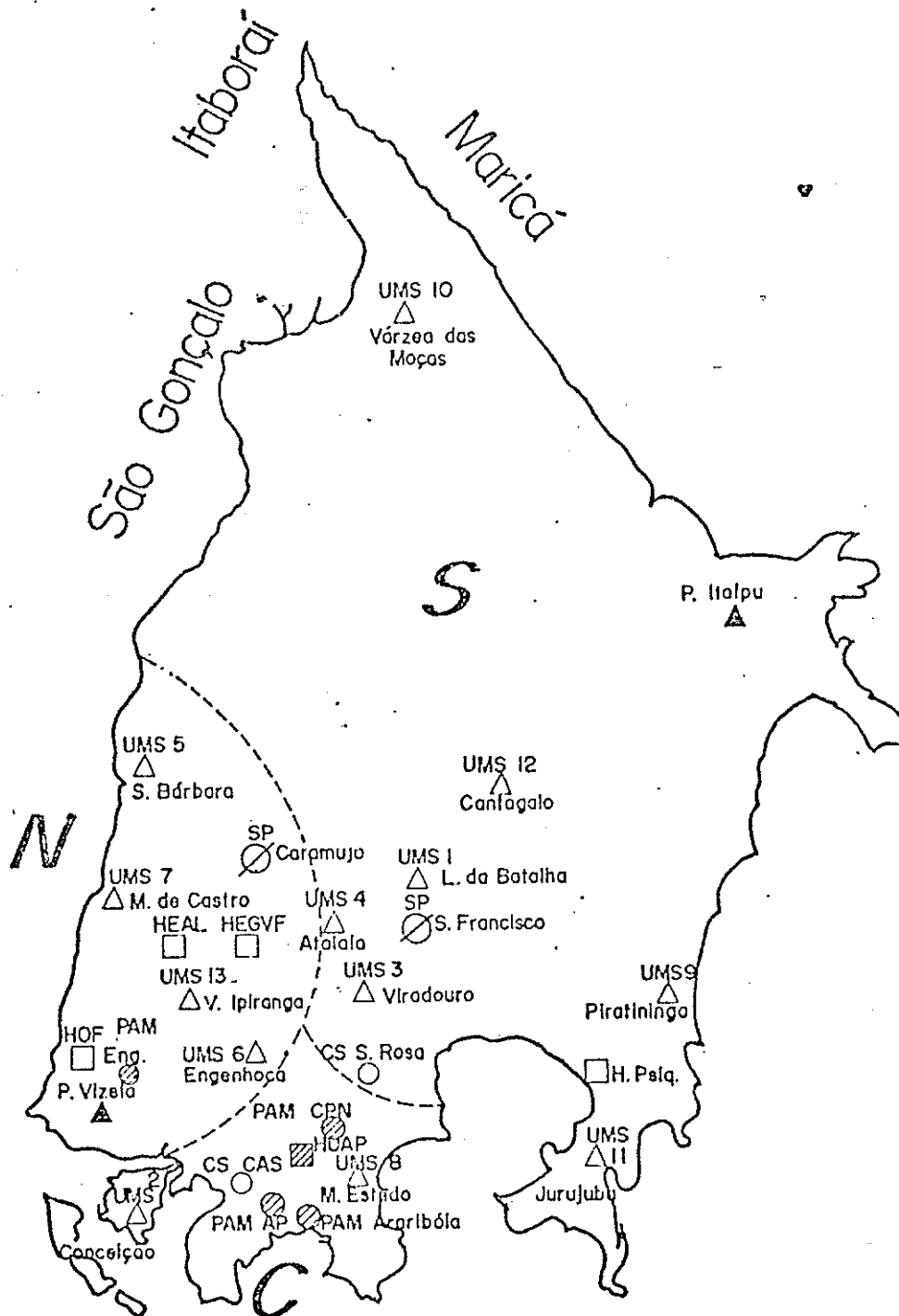


2º NÍVEL

3º NÍVEL

4º NÍVEL

Figura 1.2. *DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DAS UNIDADES PÚBLICAS DO PN*



LEGENDA

- ⊙ SUBPOSTO DE SAÚDE
- △ UMS
- ▲ P. SAÚDE
- CS
- ⊗ PAM
- HOSPITAL

CAPÍTULO 2

POLÍTICAS DE SAÚDE

2.1 Evolução das políticas de Saúde no Brasil a partir da década de 70 (*)

A análise da configuração atual do sistema de saúde brasileiro exige, anteriormente, algumas considerações quanto à especificidade das políticas sociais praticadas contemporaneamente.

Assim, as políticas sociais e, posteriormente, a de saúde, tem se orientado, nos últimos vinte anos, por duas características básicas: de um lado, pela natureza essencialmente privada na destinação dos fundos públicos - o que Luciano Martins denominou de "privatizações do Estado"; e, de outro, pelo caráter regressivo de seu financiamento, incidindo de forma injusta e perversa sobre a folha de salários, penalizando duplamente as classes trabalhadoras pelo repasse deste ônus pelas empresas ao preço final das mercadorias. Com isto, acaba tributando com maior rigor as empresas intensivas (?) com trabalho, que em geral são aquelas que apresentam menor produtividade e lucratividade.

Dentro desse espaço econômico e político é que o sistema de saúde brasileiro se conformou. O modelo do sanitário campanhista constituiu-se em prática hegemônica até a consolidação do processo de industrialização por volta do fim dos anos 50, embora tenha convivido de forma limitada com um outro modelo de sanitário desenvolvido pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública - FSESP.

Como expõe claramente MENDES:

"O processo de industrialização, que pôs fim ao modelo econômico agroexportador, induziu ao aparecimento da assistência médica da Previdência Social, e foi por volta do ano de 1965, que os gastos em assistência médica da Previdência Social ultrapassaram, pela primeira vez, os do Ministério da Saúde, onde se exercitava o sanitário campanhista.

* Boa parte deste capítulo baseia-se nos textos constantes nos Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em particular o de autoria de Eugênio Villaga Mendes).

"Observou-se, então, um movimento simultâneo de crescimento da atenção médica da Previdência Social e de esvaziamento progressivo das ações de saúde pública tradicionais, o que levou à conformação e hegemonização do modelo médico-assistencial privatista, entendido como aquele de gerência estatal, com ênfase na atenção médico-hospitalar executada por agentes privados, ausência de participação dos trabalhadores no processo decisório e centralização da normatização e dos recursos financeiros no nível federal.

"A construção desse modelo - já que, originalmente, a tradição do estado brasileiro era de prestar serviços diretamente - teve sua origem ideológica numa tecnocracia modernizante que se instalou na Previdência Social e pôde se consolidar pelas modificações da natureza do Estado brasileiro pós-64, levando a uma série de reformas e contra-reformas que resultaram em:

a) a exclusão da classe trabalhadora das decisões nessa área, bem como dos projetos alternativos a uma política de caráter assistencial, adotando-se simultaneamente uma visão restrita em termos de saúde pública e de dominância da atenção médico-hospitalar no campo de assistência médico-previdenciária;

b) a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) que passa a gerir a assistência médico-previdenciária prestada, até então, pelos diferentes Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões, com o conseqüente desenvolvimento de mecanismos de centralização do processo decisório, do financiamento e da implantação dos programas em atenção à saúde no aparato estatal e a nível federal;

c) a orientação para a compra de serviços ao setor privado no campo de assistência médico-previdenciária, como resultado da articulação desse setor com segmentos burocráticos que passam a gerir tal política, com ausência de controle de suas ações por parte das classes trabalhadoras;

d) a tendência da assistência médico-previdenciária de caráter médico-hospitalar a tornar-se o pólo predominante da intervenção estatal em atenção à saúde, reservando para a atenção médico-sanitária um lugar secundário nas prioridades do governo;

e) a inexistência de uma articulação adequada entre as diretrizes de política econômica e o desenvolvimento social, no sentido da criação de mecanismos de financiamento que "alavancassem" o desenvolvimento de programas em atenção à saúde a partir do orçamento fiscal.

"Esse modelo médico-assistencial privatista, dado a sua concomitância com o período do "milagre" econômico o início dos anos 70 e com uma situação de estabilidade autoritária, consolidou-se pela ação solidária dos atores relevantes, a tecnoburocracia estatal e os produtores de serviços (as empresas médicas) e de bens (principalmente as empresas produtoras de equipamentos e medicamentos), o que conduziu à sua expansão através do aumento paulatino da clientela previdenciária.

"Cabe sublinhar que o próprio mecanismo da remuneração dos serviços contratados ao setor privado - as unidades de serviço - ao ter o seu valor variável segundo a complexidade e a densidade tecnológica do ato médico facilitava, a um tempo, o processo de capitalização das empresas médicas e da incorporação de tecnologia.

"Assim é que, em 1971, instituiu-se o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL) gerido pelo FUNRURAL e, em 1972, incluíram-se, na Previdência Social, os empregados domésticos e os autônomos.

"Ao tempo em que se ampliava o âmbito da ação da Previdência Social, desnudava-se o caráter discriminatório da política de saúde, na medida em que ficavam claras as desigualdades no acesso qualitativo e quantitativo, entre as clientela urbanas e entre estas e as rurais. O que expressava, no campo sanitário, o que se estatua na Lei Orgânica da Previdência Social, de 1960, reiterado, posteriormente, na Constituição de 1967/69, onde o direito à assistência médico-hospitalar só é garantido aos beneficiários previdenciários.

"Esse movimento de ampliação do seguro social estabeleceu entre a previdência social e os setores privado e filantrópico, diferentes relações de financiamento o que possibilitou, por sua vez, a emergência de diferentes modalidades assistenciais com o conseqüente fracionamento dos grupos de interesses.

"Em 1971, através do Decreto nº 68.806, o governo cria, vinculada diretamente à Presidência da República, a CEME - Central de Medicamentos - e, em 1973, é formulado seu plano diretor, que encorajava o desenvolvimento da indústria farmacêutica nacional com o "objetivo de não privar da proteção do Estado faixa alguma da população brasileira". Em 1975, a CEME, através do Decreto nº 75.935, passou à condição de órgão autônomo do MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social - reduzindo sua importância política e limitando sua esfera de ação.

"A partir de 1974, findo o período de expansão econômica e iniciada a abertura política gradual, iniciaram-

se os questionamentos à política social do governo com a estrada, em cena, de outros atores políticos.

"Daí que, sob as diretrizes do II PND - Plano Nacional de Desenvolvimento - tomam-se as seguintes medidas: criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (Lei nº 6.034/74); formulação do Plano de Pronta Ação (PPA), com o objetivo de universalizar a atenção de urgência; criação do CDS - Conselho de Desenvolvimento Social (Lei nº 6.118/74); ~~criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS~~ - instrumento financeiro destinado a financiar o investimento fixo setorial. C.D.S

"A ação concomitante do PPA e do FAS representou, na verdade, um mecanismo fortalecedor do setor privado, aquele abrindo mercado e, este, garantindo a expansão física com recursos subsidiados, especialmente na área hospitalar.

"É de ver-se que, em 1969, havia 74.943 leitos privados no país e, em 1984, eles chegam a 348.255, ou seja, num período de 24 anos, há um crescimento da rede hospitalar privada de 465%, bem superior ao incremento populacional. ASSINAR

"Uma análise dos financiamentos do FAS, realizado em 1977/78 mostrou que 79% dos projetos aprovados pela diretoria da Caixa Econômica Federal eram destinados ao financiamento do setor privado e que um terço dos recursos estavam entre as faixas de elevado grau de subsidiamento. Ademais, o financiamento do FAS contribuiu para uma concentração de leitos hospitalares já que 47% eram localizados na Região Sudeste, o que correspondeu a 50,1% do montante dos recursos empenhados. Mais ainda, os financiamentos privilegiavam a rede hospitalar (73,8%) em relação às unidades ambulatoriais (4,9%). ASSINAR

"Esse é um momento importante para configurar um padrão de desenvolvimento de um setor privado da saúde que tem características absolutamente especiais - capital fixo subsidiado, mercado cativo e, portanto, baixo risco empresarial.

"Por sua vez, são nítidas as correlações entre o PPA e o crescimento de uma nova modalidade assistencial que surgia, a medicina de grupo, viabilizada pelo convênio-empresa.

"Em 1976, com base nas diretrizes do II PND e tendo como referencial doutrinário a teoria de sistemas, surgiu a Lei nº 6.229, que criou o Sistema Nacional de Saúde, definindo as competências da União, através de seus diferentes ministérios, dos estados e dos municípios.

"Além disso, essa lei consolidou a divisão dos espaços institucionais que vinham se delineando. Assim é

que, sob os eufemismos de atenção à saúde coletiva e à saúde das pessoas - o que consagrava a separação entre ações preventivas e curativo-reabilitadoras - reservaram-se as ações de saúde pública (não rentáveis) para o complexo Ministério - secretarias estaduais e as ações de atenção médica (lucrativas) para o setor privado, intermediado pela Previdência Social.

"Em 1977, através da Lei nº 6.439, criou-se o Sistema Nacional da Previdência Social - SINPAS - que, conjuntamente com a Constituição de 1967/69 e a Lei nº 6.229, compõe a base legal do atual Sistema Nacional de Saúde.

"Essa lei surgiu em sintonia com a Lei nº 6.229, e resultou do movimento de organização da Previdência Social que tem motivação racionalizadora buscando, ao mesmo tempo, garantir a expansão da população beneficiária e a centralização administrativa.

"Nasceu, então, no contexto de um processo de especialização das organizações previdenciárias, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS.

"O modelo assistencial gestado, ao privilegiar as ações médico-hospitalares, consolidou um sistema de alto custo que excluiu, de seus benefícios, grandes contingentes populacionais, especialmente aqueles que viviam nas periferias das cidades e nas zonas rurais.

"Por outro lado, os quadros político, econômico e sanitário criavam as condições para um questionamento crescente ao modelo médico-assistencial privatista.

"Daí que, a partir do início da década de 70, começa a se esboçar, em nosso país, ainda que limitado ao espaço institucional da saúde pública, e com importante apoio de espaços abrigados dentro da universidade, o movimento do programa de atenção primária ou da extensão da cobertura.

"Tratava-se de desenvolver e expandir um modelo médico, de baixo custo e complementar ao hegemônico, capaz de dar alguma resposta às aquelas populações marginalizadas.

"Em escala, esse movimento iniciou-se com os projetos dos Sistemas Integrados de Saúde do Norte de Minas e de Caruaru.

"Em 1976, surge o primeiro programa de extensão de cobertura a nível federal, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), abrangendo a região de jurisdição da SUDENE - Superintendência de

Desenvolvimento do Nordeste. Em 1979, o PIASS foi estendido para todo o território nacional, adaptando-se o modelo adotado no Nordeste às peculiaridades das outras regiões, o que resultou numa grande expansão de rede ambulatorial pública.

"No período 1975/1984 o número de unidades ambulatoriais públicas passou de 1.122 para 13.739, num crescimento de 1.225%."

"No início de 1980, convocou-se a 7^ª Conferência Nacional de Saúde cujo tema foi a implantação de uma rede básica de serviços de saúde."

"Com base técnica no PIASS e respaldo político na 7^ª Conferência surgiu, em agosto de 1980, a primeira versão do ambicioso projeto denominado Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE), patrocinado pelos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social e que tinha como objetivo a universalização dos cuidados primários de saúde em todo o território nacional, através de uma articulação interinstitucional que envolveria as entidades públicas e aquelas do setor privado que atendessem a determinados critérios.

"O que havia de novo do PREV-SAÚDE é, exatamente, que ele deixava o espaço restrito do complexo da saúde pública, para se transformar numa proposta de coordenação interinstitucional entre diversos ministérios e as secretarias estaduais e municipais de saúde o que, timidamente, já se esboçara no PIASS.

"Estavam criadas as condições para que a Previdência Social incorporasse os elementos temáticos mais significativos da proposta da atenção primária.

"Apesar das sucessivas revisões introduzidas no texto original pelo Grupo Técnico Interministerial, o projeto, por força das reações que surgiram na burocracia estatal, especialmente em nível da Presidência do INAMPS, e no setor privado organizado - FBH (Federação Brasileira de Hospitais), AMB (Associação Médica Brasileira) e ABRAMGE (Associação Brasileira de Medicina de Grupo) - foi analisado pela CIPLAN (Comissão Interministerial de Planejamento) e encaminhado à Comissão de Saúde da Câmara de Deputados, de onde não mais saíria.

"A ausência de uma postura estratégica facilitou a ação dos "anéis burocráticos" criados ao longo da conformação do Sistema Nacional de Saúde no sentido de inviabilizar a proposta do PREV-SAÚDE.

AGUIAR

"Contribuíram, também, as diretrizes da política econômica do governo que levaram a um desaquecimento da economia e a própria crise financeira da previdência social.

"O quadro de estagflação (ou estagnação?) que se manifestou, mais agudamente, a partir de 1981, repercutiu na previdência social, com uma crise que, por algum tempo, se transformou em problema político da maior importância no Brasil e, isso, levou o governo a criar um organismo institucional, sobreposto ao INAMPS, ao qual competiria estudar e propor soluções para o setor de despesas compressíveis da Previdência Social, o da atenção médica.

"Este Conselho, criado pelo Decreto nº 86.329 de 2 de setembro de 1981 - o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária, CONASP - tem "por finalidade principal estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária, assim como indicar a necessária alocação de recursos financeiros ou de qualquer outra natureza e propor medidas de avaliação e controle do sistema de atenção médica." Tudo isso, mais uma vez, na ótica de uma proposta eficientizadora dos recursos da Previdência Social.

"O CONASP passou, então, a tomar medidas de curto prazo e de caráter emergencial, visando a reduzir os gastos com atenção médica e, especialmente, com atenção hospitalar, seguindo uma política que, historicamente a previdência social realiza em nosso país, ou seja, aquela de "abrir e fechar torneiras" segundo o seu fluxo de caixa.

"Ao mesmo tempo, propôs um Plano de Reorientação de Assistência à Saúde, no âmbito da previdência social, cujas diretrizes políticas foram aprovadas pela Portaria nº 3.062, de 23 de agosto de 1982, do Ministério da Previdência e Assistência Social." 3/62/82

O chamado plano do Conasp diagnosticava uma série de graves distorções, as quais decorriam, principalmente da existência de tres fatores:

- a completa descoordenação existente entre as diversas instituições responsáveis pelas ações de saúde, o que ocasionava paralelismo de ações, duplicidade de gastos, subutilização dos serviços, distribuição geográfica ineficiente dos equipamentos, etc.;

- o sistema de remuneração do INAMPS baseado no pagamento por produção de serviços que dava margem a distorções (superfaturamento devido à fraudes, procedimentos desnecessários, etc.) inclusive em relação aos dados relativos à demanda por serviços médicos, impossibilitando a execução de um orçamento confiável e gerando descontrole administrativo e financeiro;

- a inexistência de uma política de recursos humanos (ausência de planos de carreiras, baixos salários, etc) gerava problemas bastante sérios, dentre os quais destacavam-se o elevado absenteísmo, despreparo técnico, etc.

Em face desse diagnóstico, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social propunha a regionalização progressiva do sistema de saúde, planejado e coordenado por uma comissão paritária integrando o MPAS, o MS e a Secretaria Estadual de Saúde em cada estado.

Enfatizava a necessidade de planejamento em nível local, hierarquizando os serviços de saúde, públicos e privados, de acordo com sua complexidade, com mecanismos de referência e contra-referência. Priorizava as ações básicas de saúde, com destaque para a assistência primária e ambulatorial.

Entre outras medidas, o plano propunha ainda a implantação de uma política de valorização dos recursos humanos e a adoção do sistema de pagamento por procedimento, aliado à introdução de novos mecanismos de auditoria técnica.

Na prática, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social assumiu características principalmente desconcentradoras e racionalizadoras, retomando diretrizes já contidas no Prev-Saúde, no sentido de reduzir o nível de gasto do complexo previdenciário, utilizando crescentemente a rede pública e propondo reorganizar a forma de prestação de serviços médicos.

O que se pode inferir desse movimento é que as fortes pressões pela redemocratização do País e a crise do sistema previdenciário abriram espaço para várias das propostas de segmentos progressistas na área da saúde. Nesse sentido é que o Plano de Reorientação do CONASP permite duas leituras: uma de implementação de uma política de contenção de gastos da Previdência com assistência médica, promovendo a racionalização e a desconcentração administrativas; outra de elemento propulsor de uma mudança mais profunda no modelo de assistência médica em direção a um Sistema Único de Saúde.

No que tange à construção de um novo modelo de assistência médica, o plano em questão abria novos espaços para propostas de descentralização, integralidade (superação da dicotomia entre ações preventivas e curativas),

M. Adorno

universalização do atendimento e integração interinstitucional.

Assim ele se abre em 34 projetos, dos quais três receberam atenção especial.

O Primeiro, o Plano de Contas Hospitalares levou ao Sistema de Assistência Médico Hospitalar da Previdência Social - SAMPS, que se implantou rapidamente porque implicava em alto conteúdo disciplinador dos excessivos gastos em internações hospitalares. Este plano resultou na diminuição das internações que, em 1981 tiveram a média mensal de 1.299.461 e que, em 1985, caíram para aproximadamente 750.000.

O segundo projeto foi o da Racionalização Ambulatorial, que tinha como proposta aliviar a demanda hospitalar e diminuir o crônico problema das filas de atendimento. Este plano, a despeito de ter recebido muita atenção, como perdeu sua feição reorientadora da demanda, dada as dificuldades técnicas e políticas para se realizar uma regionalização e hierarquização de fato, não conseguiu ir mais adiante do que algumas experiências piloto, como a desenvolvida no município de Curitiba.

O terceiro projeto foi o Programa das Ações Integradas de Saúde - PAIS - cuja implantação é iniciada em 1983 (mais tarde este programa é transformado em principal estratégia de se conduzir a reforma do Sistema de Saúde brasileiro). A sua implantação é materializada através de convênios interinstitucionais entre o INAMPS/MPAS e as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde. No ano seguinte são incorporados, ao PAIS, os Ministérios da Saúde e da Educação. Como principais instâncias gestoras do programa são formados órgãos colegiados nos vários níveis de governo: CIPLAN (federal e já existente desde 1980), CIS - Comissão Interinstitucional de Saúde (estadual), CRIS - Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (regional), CIMS - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (municipal) e CLIS - Comissão Local Interinstitucional de Saúde (local)

Na verdade as AIS ganham expressão devido ao contexto de crise econômica que muda a cena política. Em novembro de 1982 elegeram-se em pleitos diretos, vários governadores de oposição e houve uma agilização do processo de redemocratização do país, o que levou à acentuação dos conflitos e contradições, uma vez que as medidas de cunho recessivo chocavam-se com crescentes manifestações da sociedade.

Esse movimento social vai desaguar no movimento que leva à presidência da república o governador de Minas Gerais - Tancredino Neves - em março de 1985 e a Nova República se instala. Se instala sob o consenso da crise setorial e da

necessidade de sua superação e o discurso a respeito das alternativas de solução.

De qualquer forma, em 1985, uma portaria interinstitucional MS/MPAS/MEC, de 07 de julho, ratificava a estratégia das Ações Integradas de Saúde, para reorganização do setor, destacando as diretrizes de integração interinstitucional, participação e controle social, descentralização e universalização do atendimento. Reiterava, também, o entendimento de que as AIS dizem respeito a todas as ações de saúde exercidas a nível de cada unidade federada, incluídas as do setor privado contratado, conveniado e credenciado, além de reafirmar o papel dos vários níveis de gestão.

O momento político pelo qual passa o País impulsionará o desenvolvimento das AIS, bem como o debate e novas proposições para o setor. A Nova República marca a possibilidade de aprimoramento das concepções já existentes, assim como de emergência de concepções diferenciadas para a reorganização da intervenção do Estado na área social. Nesse sentido, vale lembrar que:

- a questão social ganha peso na agenda governamental, sendo visto como fundamental o resgate da "dívida social acumulada" nos anos de governo autoritário;

- o processo de elaboração de uma nova Constituição para o País abre oportunidade e faz emergir diferentes propostas e concepções de organização das várias áreas ou setores de intervenção estatal.

Dentro de uma perspectiva estratégica para a montagem de um sistema único de saúde, as Ações Integradas de Saúde se desenvolvem nos anos de 1985 e 1986, sendo que os convênios nesses anos atingiam um número significativo de estados e municípios.

Não obstante, recaíam sobre as AIS críticas constantes de que o INAMPS mantinha com o setor público uma relação de compra e venda de serviços de saúde, o que, comprometendo uma objetiva integração institucional, dificultava, em última instância, a montagem do sistema único de saúde.

Em março de 1986, dentro desse contexto, reúnem-se em Brasília na 8ª Conferência Nacional de Saúde mais de 4.000 técnicos do setor saúde de todo o país, após uma série de encontros regionais. Na pauta, a Reforma Sanitária que conseguisse reverter o quadro que se manifestava por:

- a) desigualdade no acesso aos serviços de saúde;

- b) inadequação, dos serviços à estrutura de necessidades;
- c) baixa produtividade dos recursos existentes;
- d) crescimento elevado e descontrolado dos custos;
- e) qualidade insatisfatória dos serviços;
- f) inadequada estrutura de financiamento setorial;
- g) ausência de integralidade das ações de saúde;
- h) extrema diversidade das formas de produção e remuneração dos serviços;
- i) multiplicidade e descoordenação das instituições com atuação no setor;
- j) excessiva centralização do processo decisório;
- l) ineficácia social do sistema.

A 8ª Conferência marcou profundamente as propostas posteriores dentro do setor, criando um movimento que desnudou os limites das ações integradas de Saúde e trouxe um novo porte para a construção de um sistema único de saúde.

Em grande parte fruto desse momento, o Ministério da Previdência e Assistência Social decide descentralizar o INAMPS, transferindo por convênio a administração dos próprios para os estados, bem como o relacionamento com contratados e conveniados, criando nos estados via ^{SUDS} autorização contida no decreto presidencial nº 94.657 de 20/07/87, os Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde - SUDS. A criação do SUDS, a par reunir a nível da gestão estadual o grosso das entidades de saúde (continuam a margem, o Ministério da Saúde e o da Educação) também institucionaliza a universalização da clientela e oferece um amplo espaço para a implementação da municipalização dos serviços de saúde.

A nova Carta Constitucional provavelmente deverá conter a grande maioria das propostas emanadas da 8ª CNS, e sem dúvida dará espaço jurídico para a unificação e descentralização do sistema de saúde.

Dentro desse espaço o Projeto Niterói que significou um importante experimento político de gestão local da multiinstitucionalidade do setor saúde brasileiro, hoje apresenta-se anacrônico. Tal fato se deve a que, já

desde as ações integradas de Saúde, a gestão local era exercida por comissão municipal (CIMIS) cujo presidente era o Secretário de Saúde e neste momento a proposta é da gestão municipal. O PN atravessou esses anos todos como uma virtual quinta instituição, daí seu anacronismo. Embora como ficou destacado no capítulo 1 e no capítulo 9, este fato tenha valor relativo até este momento, primeiro devido a rapidez com a qual o cenário Nacional acima descrito evoluiu nos últimos cinco anos e secundariamente devido ao marasmo do quadro político de Niterói que se manteve mais ou menos parado, inclusive no setor saúde durante esse período. Dessa forma é que se desenha um momento de transformação do PN dentro do quadro de mudanças/evoluções estaduais e nacionais, na medida em que também a nível municipal deverá ocorrer importante mudança política já que em 1988 se realizarão eleições municipais.

A perspectiva que se tem é que o PN não se mantenha com sua atual feição, mas sim que se transforme em um serviço unificado de saúde dentro do município.

2.2 Processo de Planejamento

Dentro do arcabouço jurídico retro referido, as diferentes instituições desenvolviam seus sistemas de planejamento de maneira bastante centralizado com escassa possibilidade de participação do nível local.

Em particular o INAMPS e a Secretaria Estadual de Saúde mantinham sistemas bastante independentes e de pouca flexibilidade, inclusive com calendário de eventos bastante distinto.

Dentro dessas limitações, no entanto, as propostas que eventualmene podiam ser encaminhadas a partir do nível local, sempre contavam com a necessária aprovação da Comissão Executiva local. As metas e objetivos dos programas de saúde não desenhados, (?) tendo por base a Resolução nº 3 da Comissão Interministerial de Planejamento - CIPLAN de 1980 (relativa a critérios de regionalização e hierarquização da rede) e a Portaria 3046/82 do MPAS (relativa a indicadores de cobertura). A partir de 1985 com a institucionalização das Ações Integradas de Saúde foi criada a sistemática da Programação Orçamentária Integrada - POI, que desde então vem sendo exercitada (?) a nível nacional. (?)

A POI é realizada pelas unidades locais e configura um plano municipal que deve ser aprovado a nível do CEL antes de ser encaminhado para consolidação estadual. Hoje está se executando a POI-88 que consegue ser bem mais realista que as duas POIs anteriores, embora ainda deixe muito a desejar, em particular pelo pouco domínio que as unidades locais tem de suas próprias despesas e capacidades.

O sistema de planejamento instituído a partir da implantação da POI supõe que cada unidade preencha uma série de formulários onde se solicita:

- capacidade operacional em termos: físicos
de recursos humanos
de equipamentos
- desenho do perfil epidemiológico da clientela
- desenho de metas
- desenho de condições quanto aos itens da capacidade operacional para atingir as metas.

A seguir estes formulários são reunidos a nível do município, consolidados, criticados e a seguir são remetidos ao nível central de coo..... estadual das Ações Integradas de Saúde (hoje Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde).

Até ao nível de município, praticamente não se trabalha com dados de financiamento. A única exceção é para a própria Secretaria Municipal de Saúde, que por ser organização local procura adequar as suas metas à sua capacidade de financiamento aliada à expectativa de recursos estaduais e federais.

Seria de se esperar que a Universidade, devido a questão da autonomia universitária, mantivesse um padrão semelhante ao municipal, porém tal não se dá. Ocorre que os recursos de pagamento de pessoal estão automaticamente garantidos pelo tesouro federal, enquanto que as outras despesas de custeio e parte dos investimentos serão providos vias repasses através da previdência.

é importante ressaltar que os repasses da previdência, até este momento, se utilizam da POI mais para fixar limites do que metas, uma vez que estes repasses são realizados com base na produção de cada unidade, onde diferentes atos são remunerados.

Na realidade as metas municipais consolidadas a nível da POI passam a nível de estado por um novo e quase independente processo decisório, quando então são remetidos para a Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN) através da Secretaria de Planejamento do INAMPS (que consolida e critica a POI Nacional). Esta fase trata de buscar elementos redistributivos na confecção dos números

· finais e conta com importantes fatores políticos (para se ter uma idéia, São Paulo e Rio de Janeiro são responsáveis por mais ou menos 75% das receitas do Sistema Previdenciário e por 50% da despesa do INAMPS).

Por mais crítica que possa ser esta visão, ela tem um mérito fundamental de estar criando um discurso factível dação - planejamento de saúde no país e tendo como importante sub produto o desenho de um ainda incipiente sistema comum de coleta de dados e análise de informações e que foi decisivo para se conseguir, entre outras coisas, boa parte dos dados que compõem este trabalho.

CAPÍTULO 3

INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS

3.1 O município de Niterói, com uma área metropolitana de 130 km², era o quarto município da região metropolitana do Rio de Janeiro quanto à densidade demográfica em 1980 (3.078 h/km²), quando da realização do último censo demográfico, tendo apresentado um crescimento populacional de 22,4% entre os censos de 1970 e 1980.

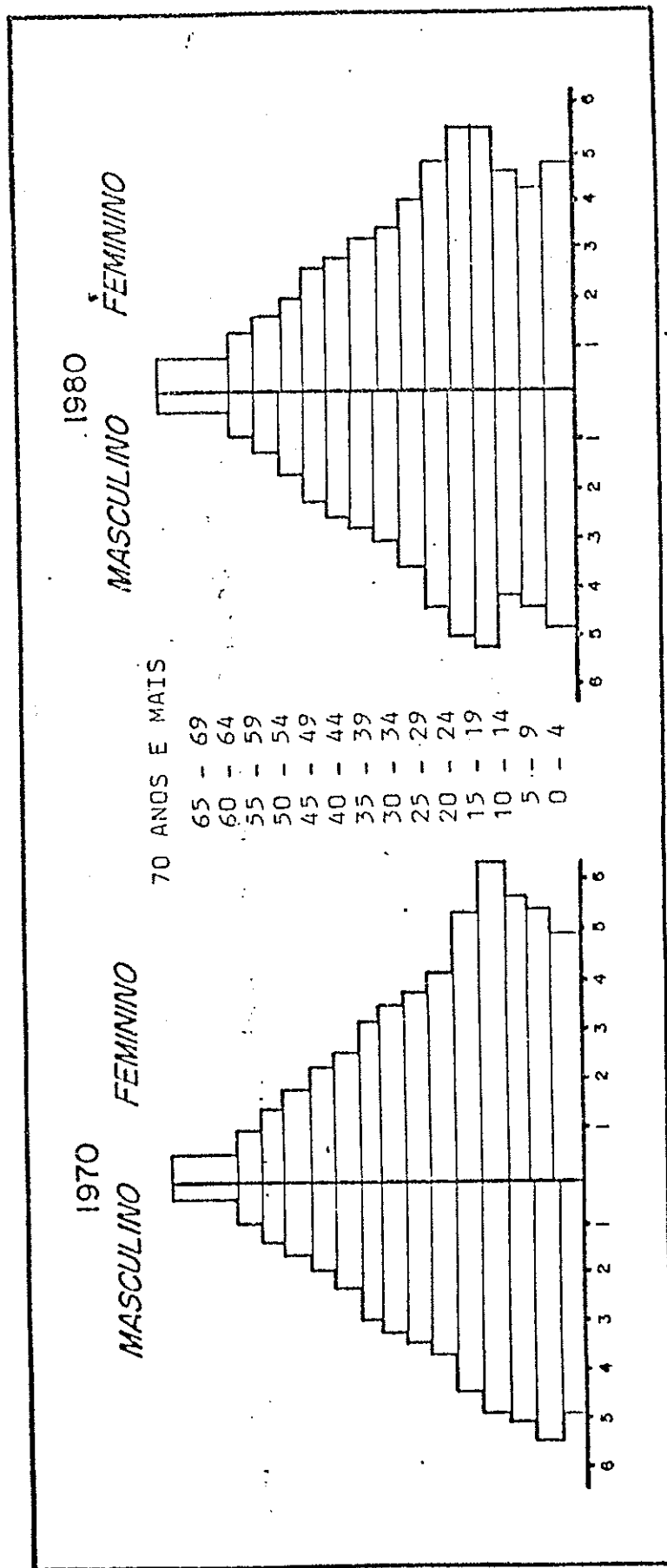
Do total da população recenseada em 1980, 2,5% era estrangeira, 15,3% oriunda de outros estados, 26,2% de outros municípios do Estado do Rio de Janeiro e 56% natural do município, ocorrendo um aumento dos migrantes de outros estados de cerca de 2% em relação a 1970. Em 1980, 81% dos não naturais veio de área urbana. Nesse ano, toda a área do município já era considerada urbana, legalmente, apesar de existirem bairros que abrangem 30% da área do município com pequena densidade populacional (em média 2 h/km²).

A figura 3.1 mostra as pirâmides populacionais da população de Niterói por ocasião dos censos de 1970 e 1980. Observa-se, no último censo, uma diminuição dos grupos de 4-9 e 10-14 e um aumento nas faixas de 15 até 44 anos, principalmente nas faixas de 15-19 e 10-24 anos (na primeira com diminuição do percentual de população feminina), indicando um aumento na migração de população jovem para trabalhar (ou estudar) e que também aponta - junto com o crescimento percentual de todas as faixas etárias acima destas para uma tendência ao envelhecimento da população. As taxas de natalidade, que pelos dados censitários pareciam estar estabilizadas em torno de 22 nascimentos por mil habitantes, também estão em declínio, estimando-se para 1986 uma taxa de 17,5 nascimentos por mil habitantes. A taxa para o Brasil em 1980 era de 32,6 por mil habitantes.

A população estimada para 1987 era de 459.560 habitantes, dando uma densidade populacional de 3.535 h/km². A tabela 3.1 mostra a população estimada por grupos de idade e sexo (na faixa de 15 a 49 anos) para os anos de 1982 e 1987.

O percentual da população economicamente ativa (PEA) em Niterói aumentou de 35,5% em 1970 para 39,4% em

PIRÂMIDE POPULACIONAL, NITERÓI, 1970 E 1980.



1980. Observa-se o predomínio da PEA no setor terciário próxima de 70%, um pequeno aumento no setor secundário de 17,4% para 20,4% e a inexpressividade do setor primário, em torno de 1%.

O esvaziamento do setor primário se deve à questão fundiária observados no município desde a década de 50, acelerado a partir de 1974 com a inauguração da ponte Rio-Niterói. Desde aqueles anos, o processo especulativo se prende à apropriação de terras para posterior retalhamento e uso residencial do solo, principalmente naqueles bairros antes citados, com baixa densidade demográfica e que hoje estão com taxas de crescimento demográfico bem acima da média do município.

Tabela 3.1 - População estimada por grupos de idade e sexo (no grupo 15-49 anos) para 1982 e 1987, Niterói

Anos	1982	1987	%
Grupos de idade			
0-11 meses	8.363	9.282	2,0
1- 4 anos	30.959	34.363	7,5
5-14 anos	72.020	79.938	17,4
15-49 anos-Homens	109.409	121.437	26,4
15-49 anos-Mulheres	121.146	134.464	29,3
50-64 anos	47.602	52.835	11,5
65 e mais anos	23.769	26.382	5,7
Total	414.042	459.560	100,00

Fonte: Fundação IBGE

O setor secundário em Niterói está estruturado na indústria de construção e reparo naval, de processamento do pescado, indústrias editorial e gráfica e de construção civil. Ao aumento deste setor, constatado em 1980, seguiu-se uma retração, especialmente na indústria naval, como reflexo da crise econômica do país, repercutindo certamente sobre os índices de emprego.

O setor terciário engloba principalmente prestação de serviços, atividades sociais (Educação/Saúde), administração pública e comércio de mercadorias, ocupando 26%, 17%, 11% e 10% da PEA, respectivamente. Em relação a toda a região metropolitana do Rio de Janeiro, Niterói é o município com maior predomínio deste setor desde 1980.

A população interiorana do norte do Estado e especialmente a dos municípios vizinhos é atraída pela oferta de serviços de saúde existentes em Niterói, o que vai gerar uma grande pressão sobre estes serviços.

A distribuição percentual de famílias residentes no município por faixas de rendimento mensal familiar segundo o censo de 1980 era a seguinte:

19% recebiam até US\$150,68 (2 salários mínimos);

27,1% recebiam mais de US\$150,68 até US\$376,70 (2 a 5 s.m.)

40,1% recebiam mais de US\$376,70 até US\$1.506,80 (5 a 20 s.m.)

12,1% recebiam mais de US\$1.506,80 (mais de 20 s.m.)

Comparado aos outros municípios da região metropolitana, Niterói é o que apresenta menor percentual de famílias de baixa renda (até US\$376,70 mensais). Mesmo assim, considerando-se que o tamanho médio das famílias é de 4 membros, teríamos em 1987, 124.500 pessoas vivendo precariamente (entre US\$150,68 e US\$376,70 mensais) e 90.000 pessoas em pobreza absoluta (até US\$150,68 mensais).

Estes dados de ingresso mensal, conjugam-se com a existência de grande contingente de população favelada, que vive em habitações precárias, sem acesso a sistemas de água potável e rede de esgotos. Esta população representa um significativo contingente de pessoas, de difícil mensuração exata, segundo a Fundação IBGE representaria 8,8% da população e pela Fundação Leão XIII (órgão estadual que presta assistência a mendigos e favelados) cerca de 34% da população do município. Obviamente, o conceito de favela é diferente para as duas instituições, mas hoje o município possui cerca de 55 favelas, algumas das quais com mais de 20.000 habitantes.

Quanto à situação da rede de água encanada e esgotamento sanitário, o censo de 1980 revelava que 30% dos domicílios não estavam ligados à rede de abastecimento de água e 33% não estavam à de esgotamento sanitário. Atualmente, estes percentuais devem ser significativamente maiores, pois a expansão da ocupação do solo ocorrida, principalmente nas zonas nordeste e das praias litorâneas, não foi acompanhada da expansão dos serviços de água e esgoto. Estas populações (de classe média) utilizam poços e/ou carros-pipa para abastecimento de água e fossas sépticas para disposição dos dejetos. Além disso também houve grande expansão das favelas, onde a água é obtida de

poços ou bicas públicas e os dejetos são lançados "in natura" em valas a céu aberto.

Deste quadro tiramos como consequências para o setor saúde, que além do crescimento demográfico ter provocado um aumento entre 1982 e 1987 de 10,5% das necessidades de oferta de serviços, a crise econômica aumentou o percentual de população pobre, que em 1980 já representava quase 50% (?) da população do município e é esta população que mais demanda os serviços gratuitos de saúde. Além disso, Niterói é um pólo de atração (e passagem) para os municípios vizinhos, de população mais pobre e com serviços públicos de saúde de pior qualidade e com menor oferta.

3.2 Não se pode falar ainda em população adscrita ao programa, por um lado, porque ele visa à universalização do atendimento e, por outro, pelo grande percentual de demanda oriunda dos municípios vizinhos, principalmente São Gonçalo.

Informações sobre a origem da clientela não são colhidas sistematicamente por todas as unidades. Aquelas que o fazem, não discriminam essa informação para consultas novas e de retorno. Portanto, não é possível ter valores precisos sobre a proporção de pessoas provenientes de municípios vizinhos. Estima-se que:

- nas unidades primárias essa proporção varia muito em função da localização da unidade. Naquelas da zona norte do Município (área contígua a São Gonçalo) cerca de 40% dos atendimentos são para habitantes de São Gonçalo;

- nas unidades de nível secundário e terciário esses percentuais são sempre elevados e próximos de 40%.

Em relação à população niteroiense, não há dados objetivos de cobertura. Dado que o sistema é universal, toda a população tem acesso a ele e está coberta.

A população de maior renda serve-se de médicos liberais ou sistemas fechados de assistência médica (empregados públicos, medicinas de grupo, seguro-saúde, etc). Toda a população de baixa renda utiliza as U.Ps da SMS e da SES, os PAMs e os hospitais públicos.

CAPÍTULO 4

ESTADO DE SAÚDE E INDICADORES CONEXOS

4.1 A qualidade do sistema de informações demográficas e de saúde

Todo o sistema de informações demográficas e de saúde em Niterói apresenta sérias deficiências; a falta de consolidação e análise sistemática de dados, a multiplicidade de critérios de registros e a sua baixa confiabilidade, foram fatores que, ao longo de todo esse trabalho, dificultaram nossa análise. Estes aspectos far-se-ão sentir em todos os capítulos da discussão e serão comentados mais detidamente no Capítulo 9.

Em relação às informações que permitem compor os indicadores do estado de saúde, as principais dificuldades encontradas foram:

a - não há informação fidedigna sobre o número anual de nascidos vivos no município;

b - as estatísticas de mortalidade só são processadas pelo MS e retornam ao município com atraso de um ano; as últimas informações enviadas referem-se a 1986;

c - para o cálculo da mortalidade infantil a SE do PN utiliza no denominador da equação um número de nascidos vivos estimado a partir dos indicadores prováveis de cobertura vacinal (! !);

d - a qualidade do registro de causa básica de morte nos atestados de óbito é baixa, como, de resto, em todo o Brasil;

e - há sub-registro de doenças de notificação compulsória. Este problema foi, em grande parte, resolvido pela ação do GT de Vigilância Epidemiológica, o que acabou gerando dificuldades para a comparação dos dados antes e depois de 1985 com o aumento artificial da incidência de certas doenças (as diarreias infantis são o exemplo típico);

f - os serviços ambulatoriais não registram o diagnóstico ou motivo de consultas. Todas as inferências

baseiam-se no volume de atendimentos por especialidade médica;

g - não há, a nível do PN, da SMS ou da SES, informações sobre morbidade, exceto em relação às doenças de notificação compulsória.

4.2 Indicadores gerais

O Quadro 4.1 apresenta os indicadores gerais do estado de saúde e do nível sócio-econômico nos anos de 1982 e 1986.

Não há indicadores sobre o estado nutricional da população.

Quadro 4.1 - Estado de Saúde e Indicadores Sócio-Econômicos, Niterói, 1982 e 1986

	1982		1986	
1. Taxa bruta de natalidade	22,2	0/00	17,5	0/00
2. Taxa bruta de mortalidade	7,6	0/00	7,9	0/00
3. Crescimento anual demográfico	2,04	0/0	2,11	0/0
4. Taxa de fecundidade	75,9	0/00	59,9	0/00
5. Esperança de vida ao nascer	75 anos			
6. Taxa de mortalidade infantil (0-11 meses)	37,6	0/00	38,2	0/00
7. Taxa de mortalidade infantil (1-4 anos)	19,0	0/00	12,7	0/00
8. Taxa de mortalidade materna	54,4	0/000	38,1	0/000
9. Índice de Swaroop-Uemura	64,8	%	68,4	%
10. Índice de Analfabetismo				
Homens/Mulheres *	H	16,9 %	M	19,0 %
11. Residências sem instalações adequadas de esgoto*	33	%		
12. Residências sem acesso adequado a água potável*	30	%		
13. Renda per capita (US\$)	160,22	(1)		

* Dados do censo de 1980

(1) Calculado a partir do rendimento médio mensal familiar e número médio de pessoas por família, segundo o censo de

4.3 Mortalidade geral e proporcional.

O coeficiente de mortalidade geral de Niterói apresenta uma tendência à queda lenta (Tabela 4.1)

Tabela 4.1 - Evolução do coeficiente de mortalidade geral, Niterói

Ano	C.mort.geral/ /1000 hab	variação % em rela- ção ao ano anterior	índice 1979=100
1979	8,68	-	100
1980	8,50	- 3,1	98
1981	8,41	- 1,1	97
1982	7,61	-10,5	88
1983	7,99	+ 5,0	92
1984	7,88	- 1,4	91
1985	7,68	- 3,5	88
1986	7,92	+ 3,1	91

Fonte: Projeto Niterói

Na Tabela 4.2 observa-se a evolução da mortalidade proporcional por todas as causas de óbito em três pontos no tempo e na Tabela 4.3 essas mesmas proporções discriminando diferentemente os grupos etários. Verificam-se quedas significativas nas proporções de óbitos de crianças de até 4 anos de idade; conseqüentemente o indicador de Swaroop-Uemura apresenta uma melhora e a curva de Nelson de Moraes tende a passar de tipo III para tipo IV, indicando melhoria dos padrões de saúde.

Tabela 4.2 - Mortalidade proporcional por grupos de idade, todas as causas, Niterói

Ano	1979	1982	1986
Grupo de idade			
0-11 meses	14,7	11,0	8,5
1- 4 anos	2,9	1,9	1,0
5-19 anos	2,9	2,8	3,2
20-49 anos	19,3	19,0	18,6
50 e mais	60,0	64,8	68,5
Total de óbitos	3.384	3.149	3.550

Tabela 4.3 - Mortalidade proporcional por todas as causas por grupos de idade e sexo (na faixa 15-49 anos), em Niterói, 1982 e 1986.

Anos	1982	1986
Grupos de idade		
0-11 meses	11,0	8,5
1- 4 anos	1,9	1,0
5- 9 anos	0,6	0,4
10-14 anos	0,7	0,9
15-49 anos-Homens	13,7	15,2
15-49 anos-Mulheres	6,9	5,4
50-64 anos	21,3	21,0
65 anos e mais	43,5	47,4
idade ignorada	0,5	0,1
Total	100,0	100,0

Fonte: MS

4.4 Coeficiente de Mortalidade infantil (CMI)

Há inconsistência entre os indicadores utilizados pelo PN, que estima a base populacional partindo do pressuposto de que são vacinados contra poliomielite 90% dos nascidos vivos no ano e aqueles encontrados quando se utiliza as estimativas do IBGE.

Em 1967 o CMI era 131,6 por 1.000 nascidos vivos; em 1972 era 70,2 por 1.000 nascidos vivos.

Os valores mais recentes, diferentemente calculados estão na Tabela 4.4.

Tabela 4.4 - Evolução do CMI segundo as estimativas usadas pelo PN e aquelas calculadas com base nas projeções do censo, Niterói, 1980 a 1986

Ano	óbitos de menores de 1 ano	CMI calculado pelo PN	CMI calculado com projeções do censo
1980	407	42,7	50,7
1981	468	52,0	57,1
1982	346	35,9	41,4
1983	326	33,9	38,3
1984	305	34,1	35,0
1985	258	32,1	29,0
1986	301	35,3	33,2

Infelizmente, os coeficientes discriminados para causas fetais, perinatais, neonatais e pós-neonatais só são disponíveis para 1986. O CMI neonatal foi 18,9 por 1.000 nascidos vivos e o CMI pós-neonatal foi 16,3 por 1.000 nascidos vivos. A seguinte distribuição proporcional dos 301 óbitos foi encontrada:

- . 24,6% de óbitos fetais
- . 20,3% de óbitos antes de 24 horas de vida
- . 19,9% de óbitos entre 1 e 6 dias de vida
- . 13,3% de óbitos entre 7 e 27 dias de vida

- 46,5% de óbitos entre 28 dias e 11 meses de vida

4.5 Principais causas de mortalidade

As 7 principais causas foram responsáveis por 89,4% dos óbitos em 1982 e 89,5% dos óbitos em 1986 (Tabela 4.5).

Tabela 4.5 - Principais causas de óbito, Niterói, 1982 e 1986

Causas	1982		1986	
	Posição	%	Posição	%
doenças do ap.circulatório	1º	37,4	1º	37,0
neoplasias	2º	15,3	2º	14,8
doenças do ap.respiratório	3º	11,9	3º	13,5
causas externas	4º	11,0	4º	12,7
doenças das gl.endócrinas	5º	5,0	5º	4,2
afecções perinatais	7º	3,9	6º	3,8
doenças infecciosas e parasitárias	5º	5,0	7º	3,5

A predominância de doenças degenerativas nos dois primeiros lugares, respondendo por mais de 50% do total de óbitos é indicativa de bons padrões de saúde. Chamam, também, a atenção a elevada incidência de homicídios (139 em 1986) entre as causas externas e a queda na participação proporcional das mortes por doenças infecciosas e parasitárias, cujo principal componente são as doenças diarreicas (47% em 1982 e 37% em 1986).

Na discriminação por grupos de idade e sexo temos fatores de risco diferenciados, conforme o grupo, a saber:

Menor de 1 ano - em que pese a taxa de mortalidade infantil que em 1980 (46/Mil nascidos vivos) já era inferior à do Estado (54/mil nascidos vivos) e que no período 1982=1986 estabilizou-se em torno de 38/mil), a sua decomposição por causas vai demonstrar uma precariedade da atenção à saúde.

A principal causa de óbito são as afecções originadas no período peri-natal (35% em 1982 e 45% em

1986), mais da metade das quais por hipoxia ou asfixia ao nascer, demonstrando a má qualidade da atenção à gestação e parto. Em 2º lugar estão as doenças do aparelho respiratório (24% em 1982 e 20% em 1986), representadas essencialmente pelas pneumoniae (82% em 1982 e 92% em 1987), ligadas às péssimas condições de vida e aos baixos salários, mas também à deficiência dos serviços de saúde no atendimento resolutivo às IRA. A 3ª causa de óbito são as DIP (21% em 1982 e 14% em 1986) nesta idade, principalmente, doenças diarreicas (78% em 1982 e 70% em 1986).

1 a 4 anos - neste grupo, por falta das causas perinatais, a predominância passa às doenças do aparelho respiratório (36% nos óbitos em 1982 e 43% em 1986), devidas, principalmente, às pneumoniae (71% em 1982 e 56% em 1986);

5 a 9 anos - neste grupo começa o predomínio das causas externas na mortalidade (56% em 1982 e 46% em 1986), sendo seu principal componente os acidentes de tráfego (50% em 1982 e 1986);

10 a 14 anos - ainda o predomínio das causas externas (65% em 1982 e 61% em 1986), neste grupo tendo como principais componentes os afogamentos (26% em 1982 e 20% em 1986) e outras violências (21% em 1982 e 40% em 1986);

15 a 49 anos - neste grupo temos uma nítida separação entre os sexos, seja na participação na mortalidade (em 1982, neste grupo, morreram 2 vezes mais homens que mulheres e em 1986 esta diferença quase alcançou 3 vezes), seja no perfil causal destes óbitos.

Na população masculina predominam as causas externas (42% em 1982 e 54% em 1986) seguidas de longe pelas doenças do aparelho circulatório (25% em 1982 e 20% em 1986); nas mulheres a predominância é das doenças do aparelho circulatório (26% em 1982 e 30% em 1986) seguidas das causas externas (24% em 1982 e 19% em 1986) e dos neoplasmas (22% em 1982 e 19% em 1986). Este alto índice de mortes por causas externas de homens em idade produtiva e seu aumento em quase 50% no período - o coeficiente específico de mortalidade por causas externas em homens de 15 a 49 anos em 1982 era de 16,6/mil e em 1986 passou para 23,9/mil - deveu-se principalmente ao crescimento dos homicídios, que em 1982 representavam 24,2% dos óbitos por causas externas neste grupo de idade e sexo e em 1986 passaram a responder por 43,5% dos óbitos, na população como um todo, sua participação nas causas externas saltou de 15,6% para 30,9%, isto é, dobrou a sua participação. Por outro lado, os acidentes de transporte tiveram sua participação diminuída entre os óbitos por causas externas - na população total passaram de 31,8% para 21,6% e nos homens de 15 a 49 anos, de 29,2% para 16,2%, passando a ser o 2º

componente das causas externas as "outras violências, tanto na população total (28% das causas externas) como na população masculina de 15 a 49 anos (29%). Este quadro evidencia um aumento na criminalidade do município, com a ação de "esquadrões da morte" sendo noticiada quase diariamente pela imprensa.

50 anos e mais - aqui vão predominar as doenças do aparelho circulatório (50% em 1982 e 47% em 1986) seguidas dos neoplasmas (19% em 1982 e 18% em 1986) e das doenças do aparelho respiratório (11% em 1982 e 14% em 1986), sendo que na faixa de 50-64 anos os neoplasmas têm nítida predominância sobre as doenças do aparelho respiratório (21% a 9% em 1982 e 23% a 8% em 1986) e no grupo de mais de 64 anos as duas causas se aproximam (14% a 12% em 1982 e 16% ambas em 1986). Esta predominância de óbitos por doenças crônico-degenerativas neste grupo segue os padrões esperados para uma cidade com bom nível de atenção sanitária.

Destacamos os óbitos por doenças do aparelho respiratório, com um percentual ainda alto, inclusive na população total (12% em 1982 e 14% em 1986) e cujo principal componente são as pneumonias (40% dos óbitos por doenças do aparelho respiratório em 1982 e 39% em 1986), sendo que em 1982, 45% dos óbitos por pneumonia ocorreram em crianças menores de 1 ano e 32% em pessoas de 50 anos e mais. Em 1986, as mortes por pneumonia foram menores, proporcionalmente, na faixa de menores de 1 ano, 30%, aumentando na faixa de 50 anos e mais, 55%.

4.6 Indicadores relativos a doenças transmissíveis

A Tabela 4.6 mostra a evolução da incidência e mortalidade das principais doenças transmissíveis em três pontos no tempo.

Tabela 4.6 - Evolução do número de casos notificados (c) e óbitos (o) por doenças transmissíveis, Niterói, 1978-1986.

	1978		1982		1986	
	c	o	c	o	c	o
Diarréia	...	128	...	74	4.287	40
TBC pulmonar	229	53	504	37	336	34
Rubéola	87	-	251	1	583	-
Difteria	32	2	14	2	20	1
Meningite meningocócica	13	3	8	2	18	6
Outras meningites	69	27	75	28	75	25
Sarampo	...	4	494	7(1)	86	1
Pólio	6	-	-	-	-	-
Tétano acidental	...	...	2	1(1)	4	2
Tétano neonatal	...	...	1	1(1)	-	-
Coqueluche	...	...	295	2(1)	110	-
Hepatite	...	...	...	...	131	...

Fonte: Projeto Niterói

Obs. : (1) Dados de 1983

Algumas das variações observadas são decorrentes de mudanças no sistema de notificações:

... antes de 1981 havia subnotificação de casos novos de tuberculose pulmonar porque o INAMPS não comunicava os casos que detectava. A partir daquele ano, os C.S.s de SES assumiram a total responsabilidade pela notificação e tratamento. Portanto, a elevação observada em 1982 não é, necessariamente, um reflexo do aumento da incidência de tuberculose;

... antes de 1985 não havia obrigatoriedade de notificação de diarreias.

Alguns resultados importantes foram obtidos com as "campanhas" de vacinação:

- em 1975 houve 20 casos de poliomielite. Desde 1980 não há nenhum caso no município;

- as vacinações em massa contra o sarampo iniciadas em 1986 fizeram cair o número de casos novos; contudo, note-se que sempre houve subnotificação da doença.

De forma geral, a incidência de doenças transmissíveis é baixa em Niterói, se comparada a outras regiões urbanas do país. Os coeficientes de incidência são menores do que os municípios vizinhos e aproximam-se daqueles do município do Rio de Janeiro.

CAPÍTULO 5

INFRAESTRUTURA DAS INSTITUIÇÕES E SUAS RELAÇÕES

Até 1978 os serviços de saúde de Niterói baseavam-se essencialmente nos níveis secundário e terciário de atenção. O HUAP era o grande catalisador de demanda por serviços médicos. O INAMPS operava três PAMs e o Hospital Orêncio de Freitas. A SES operava quatro hospitais, 3 Centros de Saúde e 3 sub-postos de saúde. A SMS tinha como principal finalidade a manutenção dos cemitérios municipais, já que não dispunha de unidades de saúde.

A imensa maioria desses serviços estava concentrada na área central da cidade e as unidades fora dessa região não ofereciam pronto acesso à população por serem serviços especializados.

A rede de serviços privados, além de limitar o acesso somente aos previdenciários, também orientava seus investimentos para unidades de atenção de nível secundário e, principalmente, terciário.

Em 1978 a SMS iniciou a implementação de um ambicioso plano que visava dotar o município de 16 unidades básicas de saúde (UMS - Unidades Municipais de Saúde) geograficamente distribuídas de acordo com a ocupação territorial. Essas unidades foram gradualmente entrando em operação e, em 1982, seis delas já estavam implantadas. Em 1987 treze UMSs estavam operando no município (duas na região Centro, quatro na região Norte e sete na região Sul). O surgimento dessa rede de unidades básicas criou condições de acessibilidade a uma população, até então marginalizada, de não-previdenciários e implantou vários programas de atenção primária. Apesar das dificuldades de manutenção dos serviços (financiamento, manutenção de edifícios e equipamentos, fornecimento de material de consumo e medicamentos, manutenção de um quadro de pessoal adequado), está fora de dúvida que aquela rede provocou um grande avanço na oferta e acessibilidade de serviços de saúde.

Algumas das dificuldades encontradas pelas UMSs, em particular a questão da referência de casos mais complexos, foram parte dos motivos que levaram à germinação da idéia do PN. Até 1982 o grau de resolutividade das UMSs estava bastante limitado pela falta de mecanismos formais e

confiáveis de referência e pela impossibilidade de realização de exames complementares de diagnóstico e tratamento; quando necessitavam procedimentos mais complexos ou consulta a especialista, os médicos valiam-se ou de sua dupla militância (muitos deles eram também médicos ou docentes do HUAP) ou do conhecimento que tinham com os colegas dos hospitais públicos.

Entre outras coisas, o PN pretendeu criar relações formalizadas entre as diversas instituições públicas, de maneira que o paciente tivesse acesso ao sistema de saúde preferencialmente pelas UMSS e, através delas, tivesse trânsito a todos os serviços, garantindo-se um fluxo racional, mais rápido e menos penoso.

5.1 AS INSTITUIÇÕES QUE ATUAM NO SETOR SAÚDE

No Quadro 5.1 apresenta-se um resumo das diversas instituições que atuavam no setor saúde em Niterói em 1982 e que, em princípio, seguiam os preceitos da Lei do Sistema Nacional de Saúde (Lei nº 6.229 de 1975), em vigor até a promulgação da nova Constituição do Brasil em 1988.

Elas podem ser classificadas em dois grandes setores: público e privado. O setor público subdivide-se em nível federal (Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social, Educação e Trabalho), estadual (Secretaria Estadual de Saúde) e municipal (Secretaria Municipal de Saúde). O setor privado subdivide-se em lucrativo e não lucrativo (filantrópicos e beneficentes); a grande maioria do setor privado lucrativo sobrevive dos contratos que mantém com órgãos públicos e o setor não-lucrativo depende, também, de contratos e subvenções do setor público.

Resumidamente, a estruturação e participação desses diversos grupos em Niterói mostra-se assim:

1. setor público federal:

1.1 MPAS/INAMPS- desde longa data tem presença expressiva em Niterói. Seja porque a grande maioria da população do município é previdenciária (90% em 1986), seja porque Niterói foi capital de Estado, o INAMPS lá instalou diversos PAMs. O PAM-CPN (Centro Previdenciário de Niterói) é dos maiores do Brasil. Contudo, o INAMPS só opera um hospital próprio no município (Hospital Orêncio de Freitas), ainda assim, especializado em cirurgia gastroenterológica.

Mantém um importante convênio com o hospital universitário (convênio MEC/MPAS), o qual dá vazão a uma parcela expressiva da sua demanda. Além disso, mantém contratos com cerca de 20 hospitais privados. Até 1982 credenciava médicos privados (que trabalham em seus próprios consultórios e recebem por atendimento prestado), mas a partir da implantação do PN cessaram esses credenciamentos, de forma que atualmente só há 7 médicos credenciados.

Quadro 5.1 Instituições que atuam no setor saúde no Brasil.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

- | | |
|---|--------------------------------|
| A. sobre a produção de alimentos e medicamentos | - MS (DIMED, DINAL) |
| B. sobre a comercialização de medicamentos | - MS (DIMED) |
| C. sobre a comercialização de alimentos | - SES e prefeituras municipais |
| D. sobre instituições de saúde | - SES, MS |
| E. sobre profissões de saúde | - MTB |

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- | | |
|----------------------------|----------------------------------|
| A. controle de vetores | - MS (SUCAM), SES |
| B. controle de zoonoses | - SMS, SES |
| C. vacinações | - MS, SES, SMS |
| D. suplementação alimentar | - MS (SES e SMS como executores) |

ASSISTÊNCIA MÉDICA

- | | |
|---|--|
| A. sistema público de assistência à população previdenciária | - INAMPS através da rede de próprios ou de contratados filantrópicos e lucrativos |
| B. sistemas públicos de assistência a populações fechadas | - sistemas de empregados federais, estaduais e municipais e rede de serviços privados contratados por esses sistemas |
| C. sistemas privados de assistência médica a populações fechadas | |
| C.1 de gerência e execução diretas | - planos de assistência médica a empregados (e seus familiares) de empresas, principalmente, as estatais e de sindicatos |
| C.2 de gerência direta e execução indireta | - planos de assistência médica a empregados (e seus familiares) de empresas, através de contratos com empresas privadas de medicina de grupo |
| D. sistemas privados de assistência médica a populações abertas | - empresas de medicina de grupo, cooperativas de médicos, seguro-saúde |
| E. assistência médica à população em geral, independente do vínculo a outros sistemas | - SES, SMS, MEC/INAMPS (através dos hospitais universitários), hospitais e ambulatórios filantrópicos |
-

O INAMPS é o grande financiador do sistema privado e, a partir de 1982, passa a repassar recursos também para o restante do setor público.

1.2 MS - sua presença sempre foi muito pouco expressiva em Niterói. Não possui serviços próprios. Financia programas de saúde materno-infantil, de controle da tuberculose e hanseníase e, mais recentemente, o programa de suplementação alimentar. Com exceção do fornecimento de vacinas e medicamentos para tuberculose, o fluxo de recursos que chega a Niterói é irregular e pouco expressivo. A presença da SUCAM é mais significativa e tornou-se maior a partir de 1986 quando, em decorrência da epidemia de dengue, alocou um grande contingente de "guardas" sanitários que permanecem no programa de controle de endemias do município.

1.3 ME/UFF - a participação do Ministério de Educação e Cultura sempre foi muito significativa através da UFF. Além de ser uma das melhores universidades federais brasileiras com cursos de graduação e pós-graduação para médicos, dentistas, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, à UFF pertence o Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP), o mais importante e complexo da região. A partir de 1973, através do convênio MEC/MPAS ("convênio dos hospitais universitários") o HUAP recebeu grande injeção de recursos financeiros do INAMPS como contrapartida pelo atendimento que fazia à população previdenciária; desde 1984, esse repasse financeiro é suficiente para custear praticamente todas as despesas de operação do hospital, exceto as despesas com pessoal.

1.4 MTb (Ministério do Trabalho) - suas atividades só se fazem sentir indiretamente no município, na medida em que tem, através dos conselhos de classe, a responsabilidade pela regulamentação e fiscalização das profissões do setor saúde e, através das Delegacias Regionais do Trabalho, a tarefa de regulamentar e fiscalizar as normas de segurança do trabalho.

2. Setor público estadual

Até 1978 a SES era a única instituição pública a oferecer serviços de atenção primária. Apesar da sua extensa responsabilidade pela vigilância sanitária e epidemiológica contava apenas com 3 Centros de Saúde (2 de grande porte e 1 de médio porte) e 3 sub-Postos de Saúde, de pequeno porte

(estrutura que se mantém até hoje). Hoje, um dos Centros foi rebaixado a Posto (não mais fazendo o controle de Tb e Hansen) e dos três Postos restantes, um é considerado Posto e os outros dois sub-Postos (sem consultas médicas toda a semana). Ademais, os programas de controle de tuberculose, hanseníase e outras endemias levados a cabo pelos Centros de Saúde davam cobertura também à população dos municípios vizinhos a Niterói.

Ao contrário dos serviços de atenção primária, a rede de hospitais da SES em Niterói sempre foi expressiva. Seus 4 hospitais ali localizados têm capacidade de planejamento suficiente para ampliar sobremaneira a oferta de leitos públicos; contudo, a deterioração desses hospitais obrigou-os a trabalhar com grande ociosidade.

A gerência excessivamente centralizada da SES gerou e gera sérios problemas para a manutenção e operação dos seus serviços em Niterói. Isto, aliado à carência de unidades de atenção primária e à ociosidade dos hospitais faz com que a presença e significação da SES no PN seja a menor dentre as instituições públicas.

3. Setor público municipal

A Lei do Sistema Nacional de Saúde prescreve que aos municípios caberão ações complementares aos programas dos níveis estadual e federal e a responsabilidade pela operação dos serviços médicos de emergência e pelo controle de zoonoses. Até 1977 a SMS só administrava três cemitérios municipais. O plano municipal de saúde - preparado naquele ano e iniciado em 1978 - para fazer face à pobreza da oferta de serviços de atenção primária, previu a implantação de 16 UMSS localizadas, preferencialmente, nas áreas do município onde houvesse maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde ou onde estivessem sendo implantadas novas escolas primárias e creches.

As UMSS foram nascendo sob o signo do entusiasmo e dedicação plena dos profissionais. O forte carisma do então Secretário Municipal de Saúde e sua íntima relação com a UFF catalizaram a vinda de médicos e professores dos Departamentos da UFF ligados ao PISMI (projeto financiado pela Fundação Kellogg que visava a implantação de um programa docente-assistencial com ênfase em programação materno-infantil). Esses profissionais passaram a trabalhar em tempo integral nas primeiras UMSS e a estruturar os programas de atenção primária. Foi criada a figura do agente de Saúde (4 para cada UMS), cuja função era atuar como um verdadeiro sensor do sistema, detectando, através de visitas domiciliares, gestantes, crianças e demais pessoas estimulando-os a inscreverem-se na unidade de saúde.

Por princípio, o acesso às UMSs era universalizado, mas ficou logo evidente que a parcela da população que se vinculou aos serviços era composta essencialmente de não-previdenciários, já que aqueles protegidos por sistemas de assistência médica continuavam preferindo ser atendidos nos PAMs e hospitais, apesar das distâncias.

Por princípio, a programação de atividades das UMSs deveria seguir os postulados de Alma-Ata. Os primeiros programas implantados foram os de saúde materno-infantil, saúde oral e controle de zoonoses. Cada diretor de UMS tinha autonomia para ir implementando outros programas conforme as possibilidades e necessidades locais.

Em 1980, cinco UMSs já estavam operando, quando houve substituição do secretário e o plano municipal de saúde deixou de ser prioritário para a Prefeitura de Niterói. Novas UMSs foram sendo construídas, mas a indicação das chefias passou a ter cunho político e o trabalho, como um todo, passou a ter um caráter mais assistencialista, com maior ênfase aos pronto-atendimentos.

Em sua concepção original as UMSs deveriam ter elevado grau de resolutividade: deveriam ser dotadas de laboratório próprio e manter estreito vínculo com os CS estaduais para apoio de radiologia e consultas especializadas. Contudo, as limitações dos CS e as dificuldades encontradas para encaminhamento de pacientes limitaram bastante estes objetivos. Mesmo assim, elas desempenharam (e desempenham) um papel fundamental no setor saúde de Niterói. Foram, inclusive, a grande alavanca que permitiu o surgimento do PN.

A partir de 1982 a estrutura da SMS torna-se cada vez mais importante para o PN e, fortalecida pelos repasses financeiros do INAMPS, hoje em dia divide com o INAMPS o papel de principal parceiro do projeto, inclusive com uma forte tendência a tornar-se a cabeça do sistema face aos desdobramentos do SUDS e da política de municipalização do setor saúde.

4. Setor privado

O setor privado de saúde em Niterói é formado por hospitais, clínicas ambulatoriais, serviços especializados de laboratório, radiologia, hemodiálise, hemoterapia, odontologia, etc. Como ocorre em todo o Brasil, a maior parte é composta de instituições com fins lucrativos.

É difícil obter um quadro fidedigno da dimensão do setor privado, dadas as imperfeições dos sistemas de

registro estatístico. O Cadastro de Estabelecimentos de Saúde de 1985 do Ministério da Saúde (Tabela 5.1) acusa a existência de 15 hospitais privados, 8 ambulatórios e 3 pronto-socorros. Não estão recenseados os laboratórios, os serviços de radiologia, etc. Os municípios vizinhos possuem uma rede privada bem menor, chamando a atenção a situação de São Gonçalo cuja população é 1,5 vezes maior do que Niterói.

No entanto, esses dados do MS devem ser analisados com precaução, pois o cadastro peca pela sub-notificação. Como exemplo, em 1983 e 1985 o INAMPS mantinha contratos respectivamente com 25 e 20 hospitais privados em Niterói.

Considerando que a maioria das instituições privadas lucrativas, filantrópicas e beneficentes dependem, em grande parte, da venda de serviços ao INAMPS, a relação de contratados por esse órgão, serve como base para dimensionar mais realisticamente a importância do setor privado no contexto do PN.

Tabela 5.1 Instituições privadas de saúde em Niterói e municípios vizinhos, em 1985

	Hospitais	Pronto-socorros	Ambulatórios
Niterói	15	3	8
São Gonçalo	5	-	2
Maricá	-	-	-
Itaboraí	4	-	5

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro de Estabelecimentos de Saúde. Brasil, 1985

5.2 UNIDADES DE SAÚDE PARTICIPANTES DO PN

Ao todo, cinco hospitais, quatro PAMs, dois CSs, dois Postos de Saúde, dois Subpostos de Saúde e treze UMSs compõem o elenco de serviços públicos que estão diretamente vinculados ao PN (Quadros 1.2 e 1.3). Além disso, 3 centros de reabilitação e diversos hospitais privados estão indiretamente relacionados ao projeto.

A seguir, descrevemos sucintamente essas instituições ressaltando as suas características principais em termos de instalações e serviços disponíveis.

1. Hospital Universitário Antonio Pedro - (HUAP) da UFF

Hospital localizado no centro de Niterói cujas obras foram iniciadas em 1946 e encerradas em 1951. Multipavilhonais (o maior bloco têm 8 andares), passou por várias mantenedoras até que, após a catástrofe do incêndio do circo em 1961, que marcou profundamente a cidade, a universidade assumiu gradualmente o hospital. Sua capacidade operacional máxima chega a 550 leitos, embora por motivo de obras e falta de pessoal esteja funcionando hoje com cerca de 361 leitos distribuídos, na sua grande maioria, em enfermarias de 6 leitos agrupados em média de 40-42 leitos.

O hospital dispõe de cerca de 6 salas cirúrgicas (é uma das áreas que está sendo ampliada) e a área de apoio diagnóstico e terapêutico é bastante equipada e moderna (automação laboratorial na bioquímica e hematologia, radioimunoensaio, endoscopia completa, laboratório de transplante, radiologia convencional completa, medicina nuclear e ultrasonografia - estas duas, em parte, funcionando no PAM-CPN), suprimento de sangue e hemoderivados realizado pelo hemocentro da SES-RJ.

Tem UTI com 20 leitos (3 leitos de neonatal), unidade coronariana com 6 leitos, de queimados com 6 leitos, e atende praticamente todas especialidades - médicas, realizando cirurgias cardíacas, hemodiálise, neurocirurgia, transplante de rim e córnea (em implantação serviço de transplante de medula), oncologia hematológica e ginecológica. Do ponto de vista tecnológico o hospital ressenete-se da falta da Tomografia Computadorizada, da Radiologia Digital e de Ultrassonógrafos de última geração.

Possui importante atividade na área de atendimento ao paciente externo; tem cerca de 81 consultórios médicos para atenção ambulatorial e cerca de 18 consultórios na emergência.

A área de Apoio Técnico e Administrativo encontra-se adequada, embora em algumas áreas o equipamento esteja depreciado demais (cozinha, lavanderia). O prédio, de uma maneira geral, revela sua idade; a manutenção é falha, embora o ambiente seja limpo, apesar do grande afluxo de gente. A manutenção de equipamento é ruim, a equipe própria é despreparada tanto técnica quanto gerencialmente.

O quadro de pessoal do hospital em 1987 era de 2.625 servidores, dos quais 732 médicos e 228 enfermeiros (cerca de 41,6% são servidores de nível superior). A limpeza, lavanderia, vigilância são realizadas por pessoal contratado através de empresas de terceiros. possui

residência médica com um total de 130 vagas. A despeito de estar com 7,3 funcionários/leito existe reclamação não quantificada de falta de pessoal (basicamente enfermagem) para aumentar a produção do hospital e a justificativa é baseada no absenteísmo (não medido) e no fato de a jornada de trabalho semanal ser de 30 horas (médicos 20 horas).

O hospital dispõe de regulamento próprio, porém não tem manuais, e as gerências, de uma maneira geral, são não profissionais e tem baixa eficácia-eficiência (nas palavras do seu diretor). O hospital não administra seu pessoal - desconhece os valores da folha de pagamentos, mas executa toda a área de manutenção e materiais - inclusive compras. Seu financiamento é realizado pela Universidade via tesouro federal (pagamento de pessoal e eventuais investimentos) e pela Previdência Social via remuneração por serviços prestados (todas as outras despesas de custeio).

é um hospital cuja missão é o atendimento da patologia grave e complexa, com um grande movimento de emergências e ambulatorial (que são também importantes fontes de receita). Sua relação consulta/internação da ordem de 31 consultas por internação. Sua emergência é causa de constante reclamação de seu corpo clínico por sua constante pressão sobre o hospital e seus efeitos sobre o ensino. O hospital trabalhou em 1987 com uma média de permanência de 7,3 dias e uma porcentagem de ocupação de 69,3%, uma taxa de mortalidade geral de 6,6%. A taxa de infecção hospitalar geral foi de 22% (não disponível o dado de infecção específica). O serviço de arquivo médico é organizado de maneira bastante tradicional e tem dificuldade em oferecer dados não administrativos; embora registre nosologia por ficha, não a compila. Exceto a Comissão de Infecção Hospitalar que é operante, e às reuniões Anátomo-Clínicas realizadas nas enfermarias, não se pode dizer de nenhum esforço específico com a questão da qualidade da assistência. Não há controle de custos ou aferição da eficiência ou eficácia dos serviços.

2. Hospital Orencio de Freitas (HOF) do INAMPS

é um velho hospital situado nas encostas de um morro distante cerca de 5 km do Centro de Niterói. Seu acesso é difícil e sua construção data de 1937, quando era propriedade do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos. Inicialmente dispunha de 35 leitos e 2 salas de cirurgia e após sucessivas reformas chegou à sua feição atual:

- 70 leitos - distribuídos em enfermarias grandes (12 leitos) em dois andares, sendo que dispõe de uma UTI bem aparelhada com 4 leitos;

- . 4 salas cirúrgicas, com recuperação pós-anestésica de 5 leitos;
- . 3 consultórios médicos;
- . Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico composto por:
 - . Laboratório - bem montado, com automatização na área de hematologia, radio....., embora não disponha de gasometria;
 - . Radiologia - 2 máquinas grandes (750 MA, 150KV) completas e 2 máquinas portáteis (125 MA, 100 KV) 1 ultrassom de segunda geração.
 - . Endoscopia - 3 endoscópios; não tem colonoscópio.
 - . Banco de Sangue - tem agência transfusional, recebe sangue do Hemocentro do SES-RJ.
- . Serviço de Apoio Técnico-Administrativo :
 - . cozinha, lavanderia, farmácia, central de material esterilizado funcionando de maneira adequada, porém com as deficiências esperadas de uma planta física antiga.

De uma maneira geral a planta do hospital é ruim, com acessos íntimos com largura inadequada, com fluxos cruzados, enfim construído para usar outra tecnologia. No entanto está muito bem cuidado e limpo.

No momento está passando por uma reforma (ampliação de grande porte, que não só rearranjará seus fluxos como, também, elevará sua capacidade para 137 leitos.

O hospital tinha um quadro de 443 servidores em 1987 (31% são de nível superior), sendo 94 médicos (regime de 20 hs semanais) e 21 enfermeiras (regime de 30 hs semanais). Possui ainda Residência Médica em cirurgia com um total de 7 vagas/ano.

A lavanderia, vigilância e manutenção predial é realizada por firmas contratadas.

Tem organização com departamentalização clássica, dispondo de regulamento próprio; não tem usa manuais. Tem autonomia na área de compras, porém é totalmente dependente na área de recursos humanos e manutenção (fornecida por uma central de engenharia do INAMPS). Realiza os pagamentos através do órgão previdenciário local (Agência da Previdência Social).

É um hospital exclusivamente cirúrgico, voltado para cirurgias gerais de grande porte e eletivas (embora refira que cerca de 40% de seu movimento é oriundo de encaminhamentos urgentes). Utiliza de nutrição paraenteral produzida no próprio hospital, e é considerado, em sua área de atuação, um centro de excelência.

Teve uma média de permanência em torno de 10 dias, uma porcentagem de ocupação em torno de 70%, a mortalidade geral em torno de 5 a 6% e taxa de infecção hospitalar específica em torno de 4 a 5% (4,5% em 1987). Tem comissão de infecção hospitalar funcionando. Embora tenha um bom sistema de arquivo médico, com prontuário único, não realiza estatística nosológica; apenas controle de produção por médico e realiza reuniões anátomo-clínicas semanais.

Não há controle de custos, e de uma maneira geral, também não há queixas quanto à falta de pessoal. Questionado quanto ao fato de que cerca de 6 funcionários por leito (sem incluir os serviços de técnicos) era um número alto, a resposta foi que o nível de absentismo é alto (embora não medido), a patologia com a qual o hospital trabalha é complexa e que os resultados são bons. Seu financiamento é exclusivamente realizado pela previdência social.

3. Hospital Estadual Azevedo Lima (HEAL) da SES

É um hospital monopavilhionar distante cerca de 10 km do centro de Niterói com 10 pisos, cuja construção foi encerrada no início da década de 60. Sua capacidade operacional máxima é de 220 leitos, distribuídos em quartos para 2 e 4 leitos, e está operando hoje com 44 leitos e, ainda assim, com ociosidade. Passou em 1985 por processo de desativação sem que o pessoal fosse desmobilizado, de tal forma que se criou um vício entre os servidores que o prejudica até hoje. Está na iminência de ser fechado novamente, seu pessoal remanejado e passar por uma ampla reforma. Possui ainda 6 consultórios médicos, 2 gabinetes odontológicos e 3 consultórios para atendimento de urgência.

É um hospital totalmente destruído, deprimente, não funcional. Apesar de ter sido integralmente reformado em 1978 a edificação foi descuidada e entrou em processo de rápida deterioração.

Apoio diagnóstico terapêutico constante de radiologia quase inoperante (1 único aparelho em operação e outro abandonado) e um laboratório não confiável e não automatizado.

Não possui cozinha; a lavanderia é velha, a manutenção inexistente (várias áreas do hospital não tem nem fios elétricos que foram roubados pelos funcionários).

Não tem autonomia em nenhum dos sistemas administrativos. Apenas utiliza uma verba para pequenos gastos de cerca de US\$1.200 dólares/mes (a qual no momento da visita fazia 2 meses que não recebia). Não tem gerência profissional, nem serviço de arquivo médico, nem trabalho de

comissões; não apura custos e não avalia qualidade da assistência. Não tem regulamento ou manuais ou rotinas.

Ainda assim, dispõe de um quadro com 471 servidores (38% de nível superior) dos quais 123 médicos e 20 enfermeiros. Uma média de 10,7 funcionários por leito ativo (e o serviço de nutrição é oferecido por terceiros).

O hospital trabalha na área de obstetrícia, ortopedia e cirurgia.

4. Hospital Estadual Infantil Getúlio Vargas Filho (HEGUF) da SES

é um hospital pediátrico monopavilionar situado ao lado do HEAL cuja construção foi encerrada em 1954. Tem uma história de grandes feitos (a primeira cirurgia cardíaca do Brasil teria sido realizada ali), porém hoje está totalmente depauperado. Já funcionou com 100 leitos e hoje opera com 22 leitos (1987) distribuídos em três enfermarias. Tem ainda um ambulatório com 9 consultórios médicos, 1 gabinete odontológico e 3 salas para atendimento de urgência.

Dispõe de serviços básicos funcionando precariamente (RX, laboratório).

Não usa regulamentos ou manuais e não tem nenhuma autonomia administrativa (executa verba para pequenos gastos de cerca de US\$1.200 dólares/mes).

Os serviços de apoio padecem dos mesmos males do hospital - depreciados, baixo rendimento (cozinha, lavanderia, farmácia) e a manutenção é praticamente inexistente.

Dispõe de um quadro de pessoal com 233 servidores (41% com nível superior) sendo que 65 são médicos e 9 são enfermeiros. A relação funcionários/leito é alta (9,3) e é fruto das indefinições por que passou o hospital (já conta com uma reforma aprovada e que deverá ser iniciada proximamente). O serviço de nutrição é realizado por terceiros.

Atuando basicamente na área pediátrica dispõe de especialistas que atendem aos pacientes internos e externos nas áreas de: cardiologia, neurologia, medicina do adolescente, doenças infecciosas, otorrinolaringologia e cirurgia plástica (seu movimento cirúrgico tem pequena expressão devido às condições precárias do centro cirúrgico).

Possui Arquivo Médico organizado, registra nosologia em ficha (embora não compile o dado) e as estatísticas administrativas normais. Não realiza nenhuma atividade de controle da qualidade da assistência prestada. Refere existir a Comissão de Infecção Hospitalar, porém não tem disponível os dados de infecção hospitalar.

Os serviços de ambulatório e emergência tem grande movimento (85.000 em 1983 e 1984) e são muito procurados. Apesar das precárias condições do hospital, o seu corpo clínico goza de prestígio junto à população; é considerado, por alguns, o local "onde estão os melhores pediatras da cidade."

5. Hospital Estadual Psiquiátrico (Jurujuba)

Construído na década de 50, chegou a ter 800 leitos, servindo como referência para todo o Estado. Por deficiência de manutenção suas instalações foram se deteriorando e as enfermarias foram gradualmente sendo desativadas de tal forma que desde 1982 opera 130 leitos, divididos em duas enfermarias para pacientes crônicos (80 leitos) e duas enfermarias para pacientes agudos (25 leitos para homens e 25 leitos para mulheres).

A arquitetura é típica dos grandes asilos psiquiátricos com grades e enfermarias para seis pacientes (que atualmente recebem de 8 a 10 pessoas), pátios internos com muros altos e sistema de portas fechadas. O edifício está grandemente deteriorado (pintura estragada, pisos, portas e janelas quebrados, banheiros promíscuos) e o mobiliário hospitalar é velho (camas de ferro deterioradas, ausência de mesas auxiliares, refeitórios decadentes). O pouco equipamento médico-odontológico está razoavelmente conservado.

Já possuiu um grande quadro ocioso de pessoal, mas desde 1982 não são mais feitas contratações de pessoal administrativo. O quadro de pessoal em 1988 está composto de 71 técnicos de nível superior e 126 de nível médio e elementar. Vinte e quatro médicos psiquiatras (12 para os plantões, 5 para o ambulatório e 7 para as enfermarias) ao lado de dentistas (2), enfermeiros (9), psicólogos (9), assistentes sociais (7), terapeutas ocupacionais (3), farmacêuticos (4) e nutricionistas (3) compõem o quadro técnico. Considerando que os serviços de nutrição, limpeza e vigilância são contratados de empresas privadas, a relação funcionários/paciente é próxima de 2, valor que reflete a ociosidade do conjunto. Somente para as funções administrativas existem 88 funcionários (0,7 funcionário/leito). Uma característica absolutamente distintiva e louvável do hospital é a existência do sistema

de relógio de ponto para controle da frequência dos profissionais de nível superior; este tipo de controle foi implantado há cerca de dois anos e, após as esperadas resistências iniciais, passou a ser obedecido por todos.

Desde 1982 o hospital passou a ser aberto aos previdenciários, mas estes dão preferência aos hospitais privados. Metade da clientela é proveniente de Niterói e São Gonçalo; a outra metade é proveniente dos vários municípios do Estado, à exceção da região metropolitana do Rio de Janeiro.

99% dos pacientes crônicos estão internados há mais de 1 ano (66% há mais de 5 anos). Nas enfermarias de agudos o tempo médio de permanência vem caindo gradualmente e em 1987 foi de 19 dias para homens e 26 dias para mulheres. A porcentagem geral de ocupação em 1987 foi de 86,3%.

O hospital opera um ambulatório (com 5 médicos e 3 psicólogos) com grande ociosidade, com uma média de 4,5 consultas/profissional/turno de 4 horas. Setenta e cinco por cento dos consulentes provêm de Niterói e São Gonçalo.

O trabalho terapêutico nas enfermarias é organizado de forma dinâmica, apesar das dificuldades criadas pelas instalações, pelas condições sócio-econômico dos pacientes e pela insuficiência da retaguarda ambulatorial. Sem que chegue a caracterizar-se um trabalho sistematizado de socioterapia, há, contudo, atividades de terapia ocupacional e psicoterapias. Os reflexos da qualidade desse trabalho são o baixo tempo médio de permanência dos pacientes agudos e o fato de nos últimos dois anos somente tres pacientes terem sido transferidos para as enfermarias de crônicos.

6. Hospital Ari Parreiras

Não tem propriamente vínculos com o PN. Está incluído nesta relação porque, de alguma forma, faz parte dos planos de expansão futura do projeto, podendo vir a abrigar leitos gerais.

O hospital é especializado em tratamento de tuberculose e atualmente abriga somente 15 leitos.

7. PAM - Centro Previdenciário de Niterói (CPN)

Trata-se de edifício de 15.000 m², localizado na área central da cidade a menos de 100 metros de distância do

HUAP. Possui 74 consultórios, 4 salas para cirurgias de pequeno porte, áreas para patologia clínica (12 salas), radiologia (8 salas), enfermagem (22 salas), farmácia (4 salas) e uma ala onde funciona um serviço de atendimentos ambulatoriais de emergência em regime de 24 horas.

Sua construção (terminada em 1980-81) visava a concentrar todo o atendimento ambulatorial aos previdenciários (inclusive os de São Gonçalo) num único edifício, prevendo-se a desativação dos PAMs Araribóia e Amaral Peixoto (localizados a menos de 1 km de distância). Contudo, após o início de suas atividades em 1983 esta idéia não prevaleceu.

Em 1987 seu quadro de pessoal tinha 993 funcionários, dos quais 65 encontravam-se licenciados ou à disposição de outros órgãos. O serviço de ambulatório funciona com 207 médicos, 43 dentistas, 20 enfermeiros, 2 psicólogos, 7 nutricionistas, 24 farmacêuticos e 12 assistentes sociais (total de 320 técnicos de nível superior). O serviço de emergência opera com 95 médicos, 21 dentistas e 11 enfermeiros (total de 127). Além disso, possui 373 técnicos de nível médio (inclusive os administrativos) e 47 servidores de nível elementar.

O ambulatório oferece consultas em clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, odontologia e todas as especialidades. Não há serviço de ginecologia e obstetrícia (dado que o PAM Araribóia dedica-se quase que exclusivamente a essa especialidade). O serviço de cirurgia atende cirurgias infantis de pequeno porte e cirurgia buco-maxilo e odontológica; há planos de introduzir, ainda em 1988, cirurgia oftalmológica de catarata.

Possui extensa área para os SADT e seu serviço de laboratório clínico é de excelente qualidade. O serviço de radiologia não faz exames contrastados (são encaminhados à rede privada); faz ultrassonografia; uma gama-câmara entrou em operação em maio de 1988. Possui serviço de endoscopia. Não possui serviço de anatomia-patológica. Dada a complexidade e qualidade dos SADT disponíveis e a receptividade do CPN, seus serviços são o principal ponto de convergência das referências para exames complementares de toda a região de Niterói e São Gonçalo.

O serviço de emergência possui poucos leitos de observação onde a permanência não ultrapassa 24 horas. Em verdade, durante o dia acaba atendendo a demanda dos clientes que não conseguiram vaga no agendamento diário do ambulatório, não se caracterizando como um verdadeiro ponto de convergência de situações urgentes. Das cerca de 500 consultas diárias, estima-se que somente 1% sejam verdadeiras emergências, 60% sejam consultas de primeiro nível e 39%, consultas especializadas não-emergenciais.

O movimento noturno do serviço de emergência é bem menor e é sobrecarregado por pedidos de autorização de internação.

Depois do HUAP, o CPN é o maior e mais complexo serviço de toda a região de Niterói e municípios circunvizinhos. Divide com aquele hospital a maior parte da responsabilidade pela demanda de consultas especializadas.

O CPN transformou-se no grande centro de referência para o encaminhamento de pedidos de exames radiológicos e laboratoriais, tendo em vista a qualidade dos seus serviços, a grande produção e a agilidade com que responde à demanda das UPs. Inclusive, fornece material para coleta de amostras às diversas unidades do sistema.

Não obstante, também atende a uma grande demanda espontânea de pacientes que, a rigor, poderiam ser atendidos em serviços de primeiro nível. Não há uma política de redirecionamento de demanda; todos os que lá chegam são indistintamente atendidos, desde que haja vagas no agendamento diário. Tampouco havia - até junho de 1988 - priorização no atendimento dos pacientes que vinham referidos pelos outros serviços; todos os clientes eram indistintamente obrigados a aguardar na mesma fila a obtenção de uma ficha de atendimento.

Levantamento feito em abril-março de 1987 mostra que apenas 13,6% dos pacientes atendidos no ambulatório vieram referidos por outros serviços médicos, dos quais apenas 2% foram encaminhados pelas UMSS e 6% pelos CSs e PSs; o serviço de emergência do próprio CPN é responsável por 32,8% dos encaminhamentos, o HUAP responsável por 15% e os outros PAMs de Niterói e municípios vizinhos são responsáveis por 37,5% dos encaminhamentos.

Reflexo da grande abrangência e influência do CPN na região é o fato de que somente 60% dos atendimentos serem feitos a residentes em Niterói; cerca de 30-35% provem de São Gonçalo e 5-10% de outros municípios.

8. Posto de Assistência Médica - PAM Araribóia do INAMPS

Situado no Centro de Niterói em frente a outro PAM, em um antigo prédio da previdência, ocupando cerca de sete andares este PAM tem atividade assistencial em pediatria, obstetícia, ginecologia e oncologia ginecológica.

É um prédio muito velho e mal conservado embora limpo. A organização interna é caótica, misturando áreas de atendimento e administrativas. Não dispõe de arquivo médico,

exceto para oncologia ginecológica, devido ao peso dos arquivos e ao fato de o prédio estar com problemas em seus alicerces. Não conta com serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, valendo-se do CPN e dos prestadores privados nesta área.

Conta com 211 servidores, sendo 150 médicos, 6 assistentes sociais, 12 enfermeiros, 4 nutricionistas e 39 outros de nível médio e elementar (1987). Tem em operação 35 consultórios e 15 desativados (área em reforma).

Não tem regulamento ou manuais, a gerência não é profissional e não tem autonomia em nenhum setor, sendo dependente da agência local da previdência social. Não distribui medicamentos, apoiando-se na farmácia dos PAMs-CPN e Amaral Peixoto.

O próprio diretor refere que tem grande ociosidade na área obstétrica (+ de 50%) devido à sua localização central e a não fazer pré-natal de risco (só CPN e HUAP fazem na rede), embora isto não lhe sugira um necessário redirecionamento.

De uma maneira geral, o PAM realiza atendimento não especializado e a uma clientela que em mais de 50% é oriunda de São Gonçalo e que por ali passa para pegar a barca para o Rio de Janeiro (o porto das barcas é em frente ao PAM e o mesmo fenômeno se verifica no PAM fronteiriço - o Amaral Peixoto). Não existe nenhum controle sobre a qualidade da assistência (nem arquivo existe) e apenas são compiladas estatísticas administrativas de produção de consultas. Supletivamente, como outros PAM, ele emite autorizações de internação hospitalar para os prestadores privados.

9. Posto de Assistência Médica - PAM Amaral Peixoto do INAMPS

Situado no centro de Niterói em frente ao PAM Araribóia instala-se em um antigo prédio da Previdência, ocupando cerca de 8 andares, e tem atividade assistencial nas áreas de cardiologia, otorrino, oftalmologia, endocrinologia, clínica médica e reabilitação física. Suas condições são semelhantes ao PAM Araribóia quanto a instalações, dispondo de 46 consultórios.

Como apoio diagnóstico depende da rede e dispõe de uma unidade de assistência farmacêutica (UAF) que dispensa uma linha padrão de 50 especialidades aos pacientes, embora tenha insuficiência de medicamentos constantemente.

O quadro de pessoal é composto de 389 servidores, sendo 122 médicos, 13 assistentes sociais, 13 enfermeiros, 6 farmacêuticos, 3 fisioterapeutas, 2 fonoaudiólogos, 1 psicólogo e os restantes servidores de nível médio e elementar.

Este PAM também tende à desativação, uma vez que a atividade médica especializada se reorienta para o CPN e HUAP; no entanto, ele ainda tem expressivo peso no total das consultas. Sua área de arquivo é basicamente administrativa, produzindo as estatísticas de produção. Sua clientela também, em mais de 50% é oriunda de São Gonçalo (devido ao porto das barcas).

Não tem regulamento ou manuais e tem autonomia administrativa nas áreas de compra e contratação de serviços. Emite autorização de internação hospitalar para a rede privada.

10. PAM Engenhoca

É o único PAM que não está localizado no centro da cidade. O PAM Engenhoca nasceu em 1977 como um posto de atendimento de Pediatria localizado em uma casa alugada em resposta à necessidade de promover uma descentralização da demanda do PAM-Araribóia; sua localização obedeceu a um critério de necessidade de oferecer atenção primária a uma área pobre de Niterói. Naquela ocasião, apenas 3 médicos pediatras foram deslocados do PAM-Araribóia para o novo posto, ainda assim, involuntariamente, dada a distância e a fama de tratar-se de região perigosa.

Em 1980 iniciou-se a expansão do posto, elevando-o à condução de PAM de porte médio. Alugou-se um edifício comercial (onde até hoje está localizado) e contratou-se uma equipe maior de funcionários. A princípio houveram dificuldades para a contratação de pessoal, mas gradualmente, dada a excelência do trabalho que lá se desenvolveu, o PAM passou a ser polo de atração de profissionais de saúde que desejavam ampliar o escopo do trabalho estático dos PAMs tradicionais. Em 1987 o PAM Engenhoca dispõe de 12 consultórios médicos e 79 funcionários, sendo 26 médicos (além de 7 pediatras cedidos às UMSS da região e ao HEGVF), 7 odontólogos, 4 enfermeiros, 2 farmacêuticos, 2 terapeutas ocupacionais, nutricionista, psicólogo e assistente social.

Oferece consultas nas áreas de: clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria, cardiologia, dermatologia, otorrinolaringologia, psiquiatria, neurologia, odontologia clínica, odontopediatria. Além disso, dispõe de serviços de odontorradiologia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Não possui laboratório clínico ou radiologia, utilizando os serviços do CPN.

Este PAM serve como referência para as UMSs de uma região com população de baixa renda. Seu relacionamento com as UMSs e a qualidade do atendimento são considerados bons. O intercâmbio de pessoal e materiais com as UMSs (em verdade, mais do que intercâmbio, trata-se de cessão pelo PAM-Engenhoca) atingiu um bom nível de integração.

Além das referências para consultas especializadas, atende, em grande parte, à demanda espontânea (inclusive de pacientes não-previdenciários). Contudo, sua atitude não é estática: foram organizados programas de atendimento materno-infantil, saúde oral, saúde da mulher e nutrição em moldes parecidos com aqueles das UMSs e que são voltados para a clientela que procurou o PAM em primeira instância (sem definição de área geográfica). Além disso, mantém atividades de educação para a saúde através de palestras e reuniões com associações comunitárias. O programa de saúde oral inclui visita anual às escolas primárias da região para a aplicação de fluoreto tópico.

Como se vê, o PAM-Engenhoca assume dois papéis: a) o de unidade de atenção primária dirigido a população aberta e b) o de centro de referência para algumas especialidades médico odontológicas para as UMSs da região norte da cidade.

O PAM é, também, área de atividades de IDA. Seus médicos residentes desenvolvem atividades junto à comunidade (não prestam assistência direta a pacientes); além disso, é campo de estágio para estudantes de enfermagem. O Centro de Estudos mantém atividades de reuniões clínicas e levantamentos específicos sobre a clientela atendida.

11. Centro de Saúde Santa Rosa (CS-Sta. Rosa)

Distante cerca de 2 km do centro da cidade. O edifício é amplo e moderno, mas observa-se que não tem sido adequadamente conservado; pintura, esquadrias, gradis e rede de esgoto mostram sinais de deterioração. A distribuição do espaço físico mostra inadequações (área do almoxarifado e farmácia, por exemplo).

O mobiliário e, principalmente, o equipamento médico, também mostram sinais de falta de conservação. Os aparelhos de abreugrafia e radiologia odontológica estão inoperantes há vários anos.

No quadro de pessoal possuía, em dezembro de 1987, 31 médicos em efetivo exercício, 26 dentistas, 2 farmacêuticos, 9 enfermeiros, 2 assistentes sociais, 1 nutricionista e 2 psicólogos. Tem ainda 32 técnicos de nível médio e 58 funcionários administrativos.

Suas atividades estão estruturadas em programas de: vigilância epidemiológica, vacinação, suplementação alimentar, saúde da criança, da mulher e do adulto, saúde mental, saúde oral e pronto-atendimento.

O programa de vigilância epidemiológica padece de falta de apoio, treinamento e supervisão por parte do nível central da SES. Não há viaturas para a visitação domiciliar, faltam impressos e o retorno da informação estatística pode demorar meses. Há, pelo menos, 4 anos, os funcionários da vigilância epidemiológica não recebem supervisão e treinamento diretamente na unidade; às vésperas das campanhas de vacinação, são convocados ao Rio de Janeiro para receber orientações específicas; os anúncios e comunicados de curso de treinamento chegam à unidade com atraso. Quatro funcionários administrativos em meio período responsabilizam-se pelo preenchimento e envio dos boletins estatísticos, mas no CS não se procede à análise sistemática desses dados e o nível central da SES não envia qualquer retorno.

A atividade de vacinações de rotina é ágil. Não se exige inscrição do cliente que procura o CS somente interessado em receber as vacinas. As vacinas são apropriadamente conservadas em geladeira, mas não há gráficos de controle de temperatura. Não possuem dados de cobertura vacinal da região, na medida em que não trabalham com o conceito da área de cobertura.

A distribuição da cesta básica de alimentos, calcada no Programa de Suplementação Alimentar (PSA) do governo federal, é feita às famílias carentes, com crianças menores de cinco anos; o critério de elegibilidade é social e não se baseia na curva de desenvolvimento ponderal. Anteriormente ao PSA (iniciado em 1985) a SES não possuía programa de suplementação de leite ou outros alimentos.

Os Programas de Saúde da Mulher e da Criança seguem as diretrizes estabelecidas pelo GT de Saúde da Mulher do PN (discutido mais adiante) e são bem conduzidos. A programação de saúde mental está mais voltada para o atendimento da demanda espontânea e apoio aos programas de Saúde da Mulher e da Criança; mantém um trabalho colaborativo com Alcoólatras Anônimos; não possui programação específica para seguimento de egressos de hospitalização.

O programa de saúde oral destaca-se pela extensão de sua cobertura. De acordo com a política estadual e em função de convênio entre as Secretarias Estaduais de Saúde e da Educação, as escolas estaduais da região possuem gabinetes odontológicos e a programação é executada pelo quadro de dentistas do CS Santa Rosa. São feitas extrações

de dentes decíduos e restaurações. O programa se ressentiu da inoperância do equipo de raios-X obrigando o encaminhamento dos clientes ao CPN cada vez que há necessidade de diagnóstico radiológico.

Seis médicos estão designados para o atendimento ao adulto. Não há programas estruturados, restringindo-se ao atendimento e seguimento da demanda espontânea. A prática da exigência da "carteira de saúde" pelos pequenos empregadores faz com que os clínicos do CS gastem boa parte do seu tempo fazendo exames gerais de saúde com vistas à emissão desses atestados.

Os dois programas mais expressivos são o de controle da tuberculose e o de dermatologia sanitária. O CS Santa Rosa divide com o CS Carlos Antonio da Silva a responsabilidade pelo controle dessas endemias para todo o município, sendo o ponto de destino das referências oriundas de toda a rede estadual e municipal. O atendimento clínico é bem organizado, mas há falhas no que depender de visita domiciliar e busca ativa de casos (o programa de hanseníase não faz controle de comunicantes).

Cerca de 40% das consultas médicas diárias ficam reservadas aos clientes inscritos nos programas. Os restantes 60% são utilizados em regime de pronto-atendimento.

12. Centro de Saúde Dr. Carlos Antonio da Silva (CS-CAS)

Dista cerca de 1 km. do centro da cidade. Está instalada em edifício antigo e de porte menor do que o CS Santa Rosa. De resto, sua estrutura organizacional, atividades e programações são semelhantes àquelas do CS Santa Rosa.

13. Laboratório Miguelote Viana (LMV)

O LMV situa-se em prédio contíguo ao CS Santa Rosa e também pertence à estrutura da SES. Volta-se ao atendimento de pedidos de exames laboratoriais encaminhados pelos CSs e PSs. A partir do PN passou a atender, em parte, a demanda das UMSs. Mais recentemente, o PN procurou estabelecer uma divisão de trabalho com o laboratório do CPN, visando aliviar a sobrecarga que havia sobre este último; assim, através de cessão de material de coleta, de reagentes e outros insumos, o LMV passou a realizar um volume maior de exames para a rede.

Seus laboratórios estão equipados para realizar os exames mais frequentemente solicitados em Saúde Pública nas áreas de: bioquímica (glicemia), parasitologia (fezes), bacteriologia (pesquisa de BAAR), imunologia (VDRL, teste de gravidez), hemogramas e exames de urina.

14. Postos e Subpostos de saúde.

A SES mantém, além dos dois CS, dois Postos de Saúde (João Vezela e Itaipu) e dois Subpostos de Saúde (São Francisco e Caramujo).

Os Postos de Saúde são estruturas pequenas (dois ou tres consultórios) que desenvolvem programas de atenção primária. Anteriormente ao desenvolvimento do PN, exerciam o papel de extensão das ações dos CSs da SES.

Papel semelhante era exercido pelos dois subpostos que são estruturas ainda menores. Dispõe de um ou dois consultórios em edifício muito simplificado e sua estrutura de pessoal é mínima (um médico ou, eventualmente, dois). Sua função seria, basicamente, a de desenvolver programas de pré-natal e atenção á criança.

Merece destaque a situação do sub-posto Caramujo. De importância marginal para a SES e quase inoperante, este sub-posto passou a sediar atividades de extensão do Departamento de Clínica Médica da UFF. Hoje em dia, conta com cinco médicos (professores da UFF) e recebe internos do curso de Medicina (16 por ano), estudantes de serviço social (8 a 10 por ano) e um médico residente. Pelas suas atividades de I.D.A., o sub-posto Caramujo mantém uma programação dinâmica de medicina geral e de comunidade que ultrapassa em muito o modelo de atuação de um sub-posto típico da SES

15. Serviços de Emergência em Unidades Municipais de Saúde

As UMS-1 (Largo da Batalha) e UMS-6 (Engenhoca) distinguem-se das demais porque, além da programação comum a todas as demais (descrita no item 16), dispõe de serviços de atendimento ininterrupto de emergências.

A decisão de implantar esses serviços de emergência foi posterior à implantação das unidades. Sua finalidade é atender em primeira linha uma demanda que fluia naturalmente pela área buscando socorro médico. Foram uma tentativa de descentralizar os serviços públicos de emergência.

As instalações são pequenas e, mesmo, precárias: duas salas de atendimento e uma sala de serviços. O equipamento é, no geral, simplificado e até insuficiente para atendimentos de urgência, embora possuam aparelhos de cardioversão.

Além do atendimento clínico, são feitas pequenas cirurgias de urgência. As duas unidades dispõem de duas ambulâncias que permanecem a maior parte do tempo ocupadas, removendo pacientes mais graves para o HUAP.

A demanda pelas consultas de urgência é grande e as duas UMSs são tidas pela população como importantes pontos de referência.

16. Unidades Municipais de Saúde (UMS)

As 13 UMSs (incluem-se, aqui, as duas descritas no item anterior) possuem uma estrutura bastante semelhante e estão estrategicamente distribuídas pelo município. A UMS-13 foi inaugurada em Novembro de 1987. Tipicamente possuem três consultórios, um gabinete odontológico e salas para atendimento de enfermagem, nutrição, serviço social e psicologia. As construções são simples e o aspecto geral é agradável. Edifícios, mobiliário e equipamento, no geral, são bem conservados.

O quadro de pessoal de todas elas é muito semelhante; as duas exceções são as UMS-1 e UMS-6 por causa do serviço de emergência. No todo as 13 UMSs possuem 514 funcionários (média de 39 por unidade), sendo 166 técnicos de nível superior. A discriminação deste quadro de pessoal pode ser melhor vista na Tabela 6.1.

Embora não existam critérios estabelecidos para a adscrição da clientela, é evidente que cada UMS consegue definir, mais ou menos claramente, qual a sua área de influência. A população dessas áreas pode variar de 5.000 a 20.000 habitantes, mas é a própria relação oferta/demanda de serviços que acaba por regular a dimensão da clientela que ocorre a uma UMS. Algumas delas - UMS-5, UMS-7, UMS-1, por exemplo - por sua proximidade aos municípios vizinhos ou por se encontrarem sobre eixo rodoviário importante, recebem grande afluxo de clientes de São Gonçalo ou até de Itaboraí e Maricá.

Alguns programas são comuns a todas UMSs: vacinações, vigilância epidemiológica, saúde da mulher, saúde da criança, suplementação alimentar, saúde oral e saúde mental. Outros programas vão sendo introduzidos conforme as disponibilidades de pessoal e orientação de cada

unidade. Além disso, todas elas destinam uma parte das consultas diárias ao pronto-atendimento.

Não há indicadores ou estudos específicos sobre a cobertura populacional desses programas. No entanto, levantamentos feitos sobre a clientela inscrita indicam que o programa de vacinações de crianças tem bom desempenho e que o atendimento médico-odontológico tem boa qualidade.

Os resultados do inquérito populacional revelam que as UMSs são os serviços públicos de saúde com maior índice de aceitação entre aqueles que chegam a receber assistência. Os entrevistados consideraram como ótimo ou bom: a limpeza e conservação das instalações (84%), o atendimento atencioso dos médicos (89%) e dos demais funcionários (87%) e a qualidade/resolutividade do atendimento recebido (85%).

A resolutividade dos atendimentos teve grande avanço a partir da implantação do PN. O sistema de referência para consultas de especialidades, apesar de ainda enfrentar problemas, permitiu o acesso de sua clientela a um imenso leque de especialidades oferecidas pelo CPN e HUAP. Da mesma forma, hoje é possível solicitar praticamente qualquer tipo de exames de auxílio diagnóstico através do CPN e HUAP. Inclusive, os exames de análises clínicas, atingiram um grau de integração que evita os deslocamentos do paciente: o CPN fornece o material para coleta de amostras, a qual é feita na própria UMS e remetida por malote ao CPN; os resultados retornam, em média, dentro de 10 dias. Esses mecanismos, contribuíram sobremaneira para que, a partir de 1983-1984 a efetividade do atendimento crescesse e, conseqüentemente, as UMSs deixassem de ser um ponto de "triagem" ou de atendimento simplificado.

As UMSs da área norte da cidade (UMS-5, UMS-6 e UMS-7) são campos de estágio para as atividades de IDA desenvolvidas pelos Departamentos da UFF.

5.2.2 Unidades do setor privado

Em fins de 1987 a Divisão de Medicina Social do INAMPS em Niterói apontava a existência de contratos com:

- 20 hospitais gerais e especializados
- 1 clínica ambulatorial (sem movimento)

- 28 serviços de laboratório e radiologia (5 sem movimento)
- 3 serviços de eletroencefalografia (1 sem movimento)
- 2 serviços de hemoterapia
- 2 serviços de hemodiálise
- 1 serviço de ortóptica
- 6 serviços de fisioterapia para tratamento de acidentes de trabalho
- 3 instituições filantrópicas de reabilitação (1 para reabilitação física, 1 para deficientes mentais e 1 para orientação)
- 1 serviço de anestesiologia (sem movimento)
- 3 serviços ambulatoriais ligados a sindicatos de trabalhadores rurais
- 10 serviços ambulatoriais ligados a sindicatos de trabalhadores urbanos
- 7 médicos autônomos credenciados (1 sem movimento)
- 9 odontólogos autônomos credenciados.

Vê-se que alguns desses contratados são rotulados "sem movimento", isto é, apesar de manterem o contrato, não chegaram a prestar serviços ao INAMPS em 1987.

Seja pelo grande número de unidades contratadas, seja pelo volume da demanda que absorve, a atividade "supletiva" do setor privado é bastante significativa, particularmente no que diz respeito aos hospitais. Por isso, chama a atenção que as políticas do PN não contemplem mecanismos claros da integração com o setor privado entre os seus objetivos.

A média das opiniões dos entrevistados nesta investigação indica que a qualidade dos serviços prestados pelo setor privado não contratado é de boa para excelente e que a do setor contratado é razoável.

O número de internações encaminhadas pelos órgãos públicos aos hospitais privados é três vezes maior do que aquelas efetuadas nos hospitais públicos (Tabela 7.25). Essa

dependência do setor hospitalar privado é maior na área de ginecologia e obstetrícia (em particular, as internações obstétricas) e mostrou crescimento entre 1983 e 1987 devido à menor capacidade de absorção do HUAP e do HEAL (entre 1983 e 1987 a relação número de internações em hospitais privados/hospitais públicos passou de 4 para 6).

Apesar dessa grande dependência, não há atividades específicas e rotineiras de participação desses hospitais nos diversos programas do PN.

Na área da assistência ambulatorial, a dependência em relação ao setor privado é bem menor. Os contratos com serviços de laboratório clínico e radiologia suplementam as atividades do CPN, o qual, por exemplo, não dispõe de condições de realizar radiografias contrastadas ou certos testes imunológicos. Também os serviços de hemodiálise, hemoterapia, reabilitação física suprem as deficiências dos PAMs do INAMPS.

Quanto às consultas médicas e odontológicas o papel supletivo do setor privado é muito pequeno e concentra-se nos convênios com os sindicatos de trabalhadores urbanos (entidades beneficentes). Em Niterói, ao contrário de outras grandes concentrações urbanas no Brasil, o papel das empresas de medicina de grupo é inexpressivo.

No grupo de instituições privadas filantrópicas destaca-se a Associação Fluminense de Reabilitação (AFR) cujo relacionamento com o PN tem sido muito bom. Sendo uma instituição privada filantrópica, não tem vínculo direto com o PN. Contudo, mantém excelente entrosamento com as políticas traçadas pelo projeto e, sendo o único serviço de reabilitação física do município, possui papel importante no sistema.

A AFR foi criada por iniciativa da comunidade, em 1954 por ocasião da epidemia de poliomelite. Está voltada para o atendimento ambulatorial de todos os tipos de deficiências físicas, exceto as deficiências de visão.

Opera em instalações bem adequadas e modernas contando com equipamentos suficientes e bem conservados. Desde a sua fundação está continuamente em expansão.

Possui 125 funcionários (70 em 1986) e 1614 pacientes em tratamento, além de cerca de 300 aguardando tratamento. A grande maioria da sua clientela é residente em Niterói e São Gonçalo. A maior parte dessa clientela é referida pelos PAMs do INAMPS; apenas uma pequena parcela procura a AFR espontaneamente.

Há longa data a AFR mantém convênio com o INAMPS para tratamentos de fisioterapia. Há 2 anos esse convênio foi reformulado, dentro da política das AIS, e passou a cobrir uma gama maior de serviços (fonoaudiologia, psicologia, etc.) e a remunerar tanto os atendimentos aos previdenciários como aos não-previdenciários. Em consequência, um volume bem maior de recursos financeiros passou a ser recebido (cerca de US\$100.000 mensais), permitindo a expansão do quadro de pessoal e das instalações.

5.3 Tipos de serviços oferecidos

Um dos principais objetivos originais do PN foi intervir sobre a falta de sintonia dos serviços com relação ao atendimento primário, redirecionando o fluxo de clientes para as UMS, Postos e Subpostos de Saúde, de forma que elas fossem a porta de entrada do sistema.

Contudo, ainda hoje, observa-se que unidades de maior complexidade são receptivas para a demanda primária, sem que haja, por parte delas, um esforço organizado de redirecionamento dessa demanda. Assim, constata-se que o HUAP e os PAMs mantêm atividades típicas de pré-natal normal e puericultura; ou que o PAM-Araribóia destine grande parte da sua produção ao atendimento de pré-natal normal. Da mesma forma, os CS Santa Rosa e Carlos Antonio da Silva, mantêm todos os programas de atenção primária.

Ou seja, ainda hoje, praticamente qualquer unidade serve como porta de entrada e ponto de aderência ao sistema de saúde. Apesar disso, as UMSS, Postos e Subpostos de Saúde recebem a maior parte da demanda por atenção primária. O inquérito populacional mostra que a população reconhece as unidades primárias como o local onde se recebem vacinas, tratamento de doenças não graves e orientações de saúde; o hospital, o local para tratamento de doenças graves e emergências; e o pronto-socorro, para o tratamento de emergências e doenças graves.

Os programas de tuberculose e dermatologia sanitária (controle de hanseníase) só são efetuados pelos dois CSs da SES.

As atividades de vigilância epidemiológica são executadas de forma limitada pelas UMSS e a responsabilidade maior recai sobre os CSs.

Todas as unidades do segundo nível oferecem atendimento nas especialidades básicas; o CPN e o HUAP são os pontos de convergência para as demais especialidades.

Serviços de emergência com atendimento ininterrupto são encontrados nas UMS-1 e UMS-6, no HEAL, no CPN e no HUAP. Este último é o único pronto-socorro com alto grau de resolutividade; os demais tem sérias limitações oferecendo atendimentos simplificados de emergência.

Os serviços de transporte de pacientes existe nas UMS-1, no HEAL, no HEGVF, no HOF e no CPN. Contudo, à exceção do CPN, todos têm muitas limitações (número e estado de conservação das ambulâncias, limitação de saída das mesmas); de forma que o CPN é o principal elo, atendendo as solicitações dos demais serviços.

Serviços de laboratório clínico são encontrados em todos os hospitais, no CPN e no Laboratório Miguelote Viana (da SES). O CPN e o HUAP possuem os laboratórios mais completos e complexos. As demais unidades do PN têm acesso aos serviços laboratoriais através de um sistema de referência de bom desempenho.

O CPN é também o principal ponto de convergência da demanda por exames de radiologia e endoscopia.

Em suma, através da rede de relações entre as unidades do PN, o cliente tem acesso a todos os tipos de especialidades médicas e odontológicas e toda uma gama de serviços a apoio diagnóstico e terapêutico os quais atingem níveis de grande complexidade. Em que pese as dificuldades que o sistema de referência e contra-referência ainda enfrenta, o fato é que o PN conseguiu universalizar o acesso (inclusive dos não-previdenciários) a uma sofisticada gama de serviços preventivos e curativos.

O horário de atendimento nas UMSs, CSs, PSs e Sub-postos é de segunda a sexta-feira das 7 às 17 horas divididos em dois turnos: da manhã e tarde. Nos PAMS do INAMPS o horário estende-se até as 19 horas.

5.4 As relações entre as instituições do setor público

Antes da implementação do PN as relações entre as diversas instituições públicas e suas unidades operacionais em Niterói eram tênues, eventuais e assistemáticas.

Muito pouco, ou quase nada se tinha, em termos de planejamento conjunto. Estando os centros decisórios do INAMPS e da SES fora do município eles seguiam princípios das políticas nacional e estadual sem atentar para as particularidades de Niterói. A divisão de trabalho entre serviços preventivos e curativos que se observava com relação às unidades da SES e INAMPS obedecia a uma norma geral fixada pela Lei do Sistema Nacional de Saúde. Coube à SMS, ao detectar as deficiências do sistema e dos cuidados primários de saúde, a iniciativa de implantar uma nova rede de serviços; isto, contudo, sem que tivesse havido um planejamento conjunto ou a co-participação financeira da SES e INAMPS.

Também do ponto de vista da operação das unidades - com reflexos diretos sobre o fluxo de pacientes no sistema e a continuidade assistencial - as relações eram tênues, informais e assistemáticas. Diante da não-integração entre serviços municipais, estaduais e federais, muitas vezes cabia à própria clientela decidir o ponto mais adequado para a entrada no sistema de saúde; face às naturais limitações da resolutividade das UMSs, os clientes acabaram optando pela porta de entrada que lhes proporcionasse acesso mais fácil ao atendimento sofisticado, sobrecarregando, desta forma, o HUAP e os PAMs com uma demanda por problemas de saúde de baixa complexidade.

O encaminhamento de pacientes entre diversas unidades operacionais só se dava do nível primário para o terciário (UMSs para HUAP) e, ainda assim, largamente baseado nas relações pessoais existentes entre os médicos, consultantes; para referir um caso de uma UMS ao HUAP, o médico contactava seu colega do HUAP solicitando um favor ou um privilegiamento para a inscrição do paciente no hospital.

Uma das estratégias mais essenciais do PN foi o reordenamento em dois níveis das relações das instituições do setor público: a) a nível central com o planejamento conjunto e b) a nível operacional com a hierarquização das unidades operativas.

Em termos de planejamento, desenvolveu-se, a nível da CEL e dos GTs uma metodologia de discussão conjunta dos planos de investimentos de cada instituição, dos planos táticos e da formulação de programas de atenção voltados à grupos de risco. Aqui residem os maiores sucessos do PN. Pela primeira vez em Niterói os órgãos públicos passaram a intercambiar informações e discutir conjuntamente seus planos estratégicos e táticos. Também, pela primeira vez, os programas de atenção à saúde foram discutidos conjuntamente, definindo-se os mecanismos de participação de cada instituição. Na sequência dessas decisões, caberia a cada instituição, com o apoio da SE da CEL, implementar, junto às

suas unidades de serviços, os mecanismos que permitissem a operacionalização dos planos e programas acordados.

Na outra vertente, identifica-se como aspecto mais marcante o trabalho de hierarquização do sistema. Estabeleceram-se os critérios que nortearam a competência dos diversos serviços. Às UMSs e aos postos e sub-postos de saúde couberam as ações de nível primário; aos CSs e PAMs as ações de nível secundário, aqui entendidas, como a prestação de consultas de especialidades e os programas especiais; aos hospitais gerais, o nível terciário; e, por fim, o HUAP, entendido como o centro de excelência ou nível quartenário. Esta estrutura hierárquica acompanhou o modelo expresso na Figura 1.1

Para operacionalizar essa hierarquia, de imediato, criaram-se instrumentos formais de referência e contra-referência ("boletins PN"), foram elaborados manuais orientando o seu preenchimento e utilização e todas as unidades do sistema foram visitadas para orientá-las sobre os instrumentos de referência e a hierarquização do sistema.

A questão da regionalização não seguiu critérios rígidos ou, tampouco, muito claros. As áreas de captação da clientela por parte das unidades de atenção primária foram genericamente definidas segundo os bairros onde estavam situadas e, desde o princípio, ficou estabelecido que elas atenderiam a população que demandasse os seus serviços sem impor restrições em função do local de moradia do cliente, devendo, contudo, buscar persuadir, o cliente a inscrever-se na unidade mais próxima à sua residência. A própria distribuição geográfica não-equitativa das unidades de atenção primária não permitiam o estabelecimento de critérios rígidos; além disso, preservou-se a liberdade de acesso às populações dos municípios vizinhos.

Ao longo desses anos, o desejo de consolidação de uma estrutura hierarquizada foi satisfeito somente em parte. As principais causas do insucesso serão discutidas em outros tópicos e resumem-se nos seguintes pontos: a) deficiências no sistema de referência e contra-referência; b) falta de uniformidade e lentidão do sistema de informações; c) ausência de uma linha de mando única; e d) falta de aderência de alguns dirigentes e médicos de unidades operativas aos objetivos do PN, seja por oposição ou por desconhecimento.

Em que pese essas deficiências, o PN foi razoavelmente bem sucedido em estabelecer relações mais estreitas e frutíferas entre as instituições do setor público. Há que se considerar que seus objetivos foram bastante ambiciosos ao propor a integração funcional entre tres esferas de governo que tradicionalmente trabalhavam separados. É seu grande mérito e uma característica que o

Do ponto de vista da observância às normas legais nada foi proposto. A fiscalização da SES continua com as mesmas deficiências anteriores não havendo um plano de visitação sistemático às entidades privadas para auditorias das condições de operação e qualidade da assistência.

No tocante aos contratos entre o INAMPS e os hospitais e laboratórios privados o único avanço conseguido foi a decisão de submeter à opinião da CEL as propostas de novos contratos; ainda assim, isso passou a ocorrer em 1985 como uma norma generalizada implantada nos Estados que aderiram às AIS, não tendo sido uma conquista específica do PN. Toda a importante questão da fiscalização dos contratos e do monitoramento do volume de serviços comprados continuou sob responsabilidade exclusiva da Divisão de Medicina Social do INAMPS em Niterói. A SE do PN não recebe regularmente informações sobre o número de pacientes encaminhados aos hospitais privados e apenas esporadicamente participou do controle de encaminhamentos (programa de saúde mental).

Com relação a adesão do setor privado aos programas de saúde também se verifica essa dissociação entre setor público e privado. Este último nunca foi convocado a participar do planejamento desses programas e apenas esporadicamente foi orientado sobre a sua esperada participação (programa de saúde da mulher).

Em síntese, as preocupações do PN voltaram-se para o entrosamento entre os órgãos públicos; as relações com o setor privado foram tratadas apenas marginalmente, apesar do impacto que se antevia sobre a sua participação no contexto da assistência médica em Niterói.

Tabela 5.3 - Consultórios médicos, odontológicos e para emergência em uso na rede pública de saúde em Niterói, 1987

Unidade	Consultórios médicos	Gabinetes odontológicos	Consultórios p/ emerg. ou SPS
HEAL	06	02	03
H. Psiq.	02 (1)	01	01
HEGUF	07	01	03
CS St ^a Rosa	14	02	-
CS-CAS	13	01	-
PS-Vizela	06	03	-
PS-Itaipu	...	...	-
SP-S. Francisco	01	-	-
SP-Caramujo	04	01	-
HOF	02	-	01
PAM-Engenhoca	14	02	-
PAM-Araribóia	35 (2)	-	-
PAM-A. Peixoto	46	-	-
PAM-CPN	61	10	10
HUAP	81	01	18 (3)
UMSs (4)	35 (5)	12	16
Total	329	36	52

Fonte: Levantamento de dados

- (1) Mais 3 consultórios p/ psicologia
- (2) Existentes - 50 cons. médicos
- (3) Existentes - 28 salas p/emergência
- (4) Exclui a UMS 13 por ter sido inaugurada em 28/11/87
- (5) Inclui 1 consultório p/ psicologia

CAPÍTULO 6

ADMINISTRAÇÃO DO PROJETO NITERÓI

6.1 órgãos Componentes e Direção Máxima

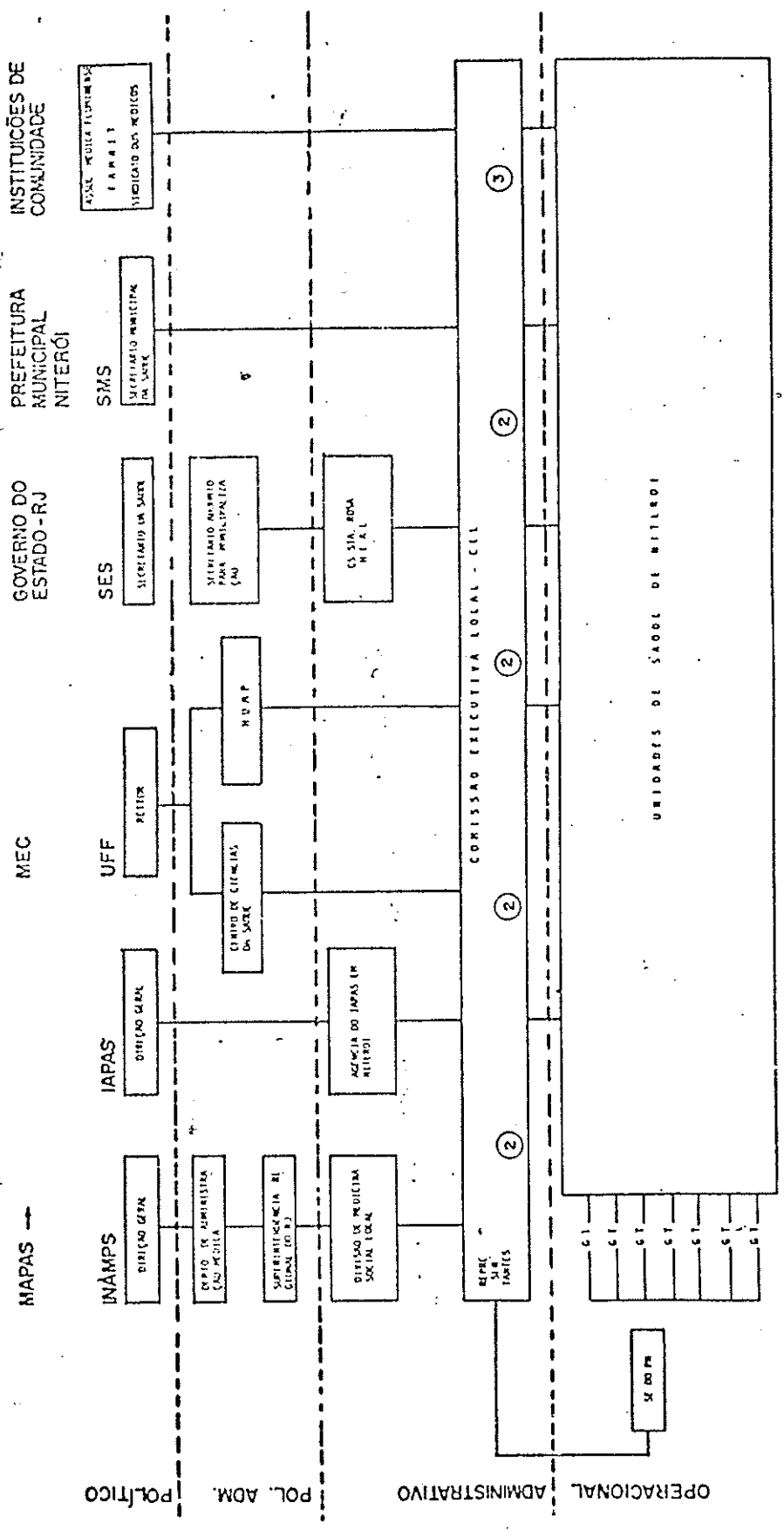
Como já foi dito o PN é fruto de um esforço coordenado de quatro instituições voltadas para a prestação de serviços de saúde à comunidade e que durante estes cinco anos passaram por diferentes fases que influenciaram de forma específica e em diferentes momentos o projeto. Dentro do possível, este processo está descrito nos capítulos 1 e 2 e analisado nos capítulos 9, 10 e 11. Aqui procurar-se-á oferecer uma visão do momento atual do PN e de suas organizações componentes (Figura 6.1)

a) INAMPS - devido ao processo de descentralização por que passa este órgão, hoje o nível próximo em que ocorrem decisões que afetam especificamente o PN é a Superintendência Regional do RJ e de certa forma, quando acionado pelo próprio projeto. De qualquer forma, é bom lembrar que sua estrutura é totalmente centralizada no que respeita a recursos humanos e financeiros, embora as unidades de Niterói tenham grande autonomia para comprar, seja diretamente (CPN, PAM A. Reixoto e HOF), seja através da agência do IAPAS (PAMs Araribóia e Engenhoca). Um sinal dessa centralização é que os diretores de algumas unidades foram indicadas pela CEL através da ação do Secretário Executivo.

b) UFF - a universidade é uma estrutura de grande autonomia administrativa e técnicas. Porém a nível do HUAP não são administrados recursos humanos (nem dados sobre pagamento de pessoal são disponíveis neste nível) e apesar da sua proximidade a participação da UFF - através de seus representantes - tem ocorrido apenas no âmbito do colegiado, sendo que as decisões aí tomadas têm escassa significação para a reorientação de sua ação.

c) SES - é, sem dúvida, sob todos os aspectos, a organização mais centralizada e distante do PN. As unidades locais não têm autonomia em nenhum dos sistemas (apenas executam um recurso mensal da ordem de US\$2.000 dólares para executar pequenos reparos e compras na unidade).

FIGURA 6.1 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO PN



Paradoxalmente, no entanto, a ligação destas unidades com os sistemas centrais é bastante frouxa e poucas são as diretrizes emanadas do nível central.

d) SMS - cada um dos sistemas administrativos é operado por uma secretaria específica (RH e Compras - Adm., Fin. - Fazenda) e as unidades não têm autonomia em nenhuma área (apenas executam recursos da ordem de US\$2.700 dólares/mes, para pequenas compras). Do ponto de vista técnico, dada a proximidade do poder local, são as unidades que recebem o melhor apoio, apesar da dificuldade e carência de quadros técnicos.

e) Instituições da Comunidade - até 1985 participaram das reuniões sem poder de voto. A partir dos dados das entrevistas, conclui-se que esta participação é muito dependente de características individuais e, em parte, de alguma crise setorial de interesse específico. A rigor, não se pode dizer que as associações são partícipes do PN.

6.2 órgãos executores da política

Da descrição acima fica claro que as organizações não perderam sua autonomia de ação (ou restrições) oriunda de suas próprias relações de linha hierárquica.

No entanto, é real o fato que os mais importantes representantes destas organizações em Niterói sentam-se em um colegiado, (CEL) que existe por decisão destas e está formalizado e se constitui, para todos (exceto INAMPS), em um importante canal de repasse e disputa de recursos financeiros oriundos da Previdência Social. No caso do INAMPS, o benefício vem através da expectativa de um melhor funcionamento da rede pública que implique em economia de recursos.

Este colegiado, que congrega os gerentes funcionais, reúne-se de 15 em 15 dias e toma decisões nos seguintes campos: reordenamento da assistência (limitado), remanejamento de pessoal, implantação de rotinas (que já estejam maduras), aprovação de contratos e convênios, aprovação de planos globais (como a POI), planos de aplicação, análise de relatórios oriundos dos grupos de trabalho, resolução de crises, indicação do Secretário Executivo do projeto (a partir de 86).

De uma maneira geral, a pauta é realizada pelo Secretário Executivo que tem um importante trabalho prévio à discussão, no sentido de que o assunto seja discutido com alguma direção. Em última análise, o Secretário Executivo é

o responsável por pensar e fazer agir a multi-institucionalidade, ao mesmo tempo que fica co-responsável pela implementação das decisões do conselho (o outro responsável é sempre o gerente funcional, com diferentes interesses e ligações com as unidades operacionais).

6.3 O Nível Operacional

Aqui se situam as unidades e o braço executivo do PN que são os grupos de trabalho (GTs), sempre formados por elementos que vêm das unidades e que tem respaldo técnico e/ou administrativo nestas.

A tendência é que o sistema funcione mais ou menos como uma matriz, a despeito de o Secretário Executivo e os coordenadores de GTs não terem de fato a autoridade de um gerente de projeto; no entanto, graças as particularidades pessoais e ambientais, com maior ou menor êxito, a orientação do GT (emanada da CEL via Secretário Executivo) será repassada e seguida pelas unidades.

A seguir oferece-se um rápido resumo sobre os principais GTs em operação:

GT de Saúde Oral - Formulou um plano de reorientação da saúde oral no Município de Niterói, aprovado em abril de 1984. Este plano foi feito a partir de um diagnóstico da situação. Apontou no sentido da reorientação dos serviços, com ampliação da oferta e compatibilidade dos diversos programas institucionais, produziu instrumentos e formulários específicos unificados como: quadro de referência, ficha individual e boletim de produção.

Realizou ações a nível preventivo com escolas e comunidades de trabalho de forma integrada com as Secretarias de Educação do Estado e do Município, resultando desse trabalho a inclusão de temas referentes à saúde oral nos currículos da Secretaria Municipal de Educação, com conteúdo programático elaborado pelo GT.

A fluoretação da água que abastece Niterói resultou de um processo deluta desencadeado pelo grupo, em ação que contou com grande participação da Secretaria Municipal de Saúde.

GT de Saúde Mental - Em maio de 1983, apresentou uma proposta de trabalho que tem obtido alguns resultados positivos. Com estratégias claramente delimitadas a proposta conseguiu: criar um serviço de Emergência Psiquiátrica, realizar estudo epidemiológico da população tratada, garantir espaço nas coordenações técnicas institucionais - principalmente no INAMPS - onde também coordena a supervisão

psiquiátrica do setor contratado. Recentemente o GT encaminhou pedido à Organização Mundial de Saúde solicitando a inclusão do Projeto Niterói (GT Saúde Mental) como Colaborador daquela Organização; encontra-se em fase de negociação a assinatura do protocolo de colaboração entre a Comissão Executiva do Projeto Niterói e a Divisão Nacional de Saúde Mental com o propósito de intensificar e ampliar o trabalho que o GT vem desenvolvendo.

GT de Saúde do Trabalhador - Está em fase inicial. Existe há cerca de 8 meses e conseguiu reunir elementos das várias instituições, de..... área para um projeto piloto e o está apresentando em busca de financiamento.

GT de Saúde Materno-Infantil - A exemplo dos demais GTs a construção da proposta de trabalho do grupo iniciou-se pelo diagnóstico de situação e elaboração de documento que normatizou, a nível de todo o sistema, de forma hierarquizada, as ações relativas à saúde da mulher e da criança. Podemos destacar entre as ações realizadas, a implantação da carteira perinatal, do cartão e de instrumento informativo da TRO (Terapia de Reidratação Oral).

Este grupo desenvolve a coordenação do programa de suplementação alimentar, atualmente o grupo vem desenvolvendo um trabalho de oficinas de sensibilização com a participação do Grupo "Maria Mulher" e está implantando a história clínica perinatal simplificada, informatizada através da Secretaria Municipal de Saúde. Hoje este GT foi dividido em GT de Saúde da Mulher e GT de Saúde da Criança.

GT de Saúde Escolar - O grupo promoveu a compatibilização dos programas da área desenvolvidos pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, bem como pelas de Educação, realizando também seminários e reuniões com diferentes clientela, integrando a rede assistencial de saúde às escolas estaduais e municipais.

Foi elaborado pelo GT proposta de curso de especialização em Educação e Saúde, contando com a participação da Universidade Federal Fluminense e do Ministério da Saúde em todas as etapas, com previsão de ser ministrado pela Universidade Federal Fluminense.

O grupo desenvolve com o Ministério da Saúde diversas ações de intercâmbio e cooperação técnica.

GT de Informação - Implantar um sistema de informação homogêneo para a construção de indicadores próprios é o principal objetivo do GT.

Os instrumentos de implantação do Projeto, conhecidos pela sigla PN seguida de uma numeração, foram

criados e implantados pelo GT a partir de 1982 na rede assistencial. Alguns PNs serviram de base à criação de instrumentos utilizados hoje pelas AIS em todo o país. Desses instrumentos, alguns têm como finalidade a coleta de dados visando a avaliação do desempenho da rede e a contabilidade do repasse financeiro feito pelo INAMPS, outros funcionam como um esboço de sistema unificado de informações.

GT de Homeopatia - Este é o grupo mais recente e está elaborando proposta de atendimento homeopático na rede de Niterói, produção de medicamentos e controle de qualidade, estabelecendo três etapas de curto, médio e longo prazos, para a execução da proposta, a mesma envolve a participação da Faculdade de Farmácia da UFF e proposta curricular de extensão.

GT de Reorientação da Emergência - Grupo composto pelas direções dos serviços de emergência e hospitais, objetiva reduzir a crise de sobrecarga de demanda pelo que passa a rede, em parte pela afluência de residentes nos municípios vizinhos. O grupo busca traçar medidas de médio e longo prazo, capazes de tornar a rede mais eficaz e com maior poder de resolutividade.

GT de Supervisão Operacional - Criado em 1982 com a finalidade de proceder ao acompanhamento do Projeto Niterói nas unidades operativas, o GT vinha atuando na rede para estruturar melhor a referência e congra-referência, fazendo o levantamento das dificuldades e avanço bem como supervisionando o preenchimento de PNs.

Num primeiro momento as equipes locais de saúde receberam bem o trabalho do GT. A partir de meados de 1983, o caráter fiscalizador, que equivocadamente, lhe foi atribuído, dificultou o trabalho do mesmo. No entanto, alguns resultados foram conseguidos, principalmente quanto ao amadurecimento de uma filosofia de integração e a implantação de alguns procedimentos como: preventivo do câncer ...pocitológico para toda a rede, coleta de exames, diagnóstico de situação, etc.

GT de Vigilância Epidemiológica - Criado em 1985 o GT passou a nortear as atividades de controle de doenças transmissíveis em todo o município.

Também em Niterói, o não cumprimento rotineiro da notificação daquelas doenças, que compulsoriamente, deveriam merecer notificação, tem sido um dos fatores impeditivos para o traçado de um perfil mais real das condições sanitárias locais. O GT concentrou esforços no trabalho de conscientização e facilitação para a notificação, no setor público, contratado e autônomo, com apoio integral da Associação Médica Fluminense e do Sindicato dos Médicos.

Ampliou-se o número de unidades sanitárias que procedem à vigilância epidemiológica, passando a incluir a rede de nível primário da Secretaria Municipal de Saúde, com alteração do fluxograma de informação e criação de uma Unidade de Vigilância Epidemiológica naquela Secretaria.

O GT manteve a coordenação interinstitucional do setor e passou a editar bimensalmente o Boletim de Vigilância Epidemiológica, com análise de dados de incidência e prevalência de doenças, morbidade e mortalidade, discriminadas por bairros do Município. Esse boletim é encaminhado a diversas instâncias, tanto no sentido da base como do ápice do sistema. A cada publicação é eleito um tema relacionado à epidemiologia para apresentação e discussão.

Para 1987, prevê-se a municipalização da Vigilância mantendo-se a coordenação interinstitucional e a informatização no Projeto Niterói.

A Secretaria Municipal de Saúde já desenvolve, atualmente, o controle de focos endêmicos e epidêmicos. A SUCAM e a Fundação SESP, ainda denotam resistência em se integrarem ao fórum de trabalho do Projeto Niterói.

GT de Medicamentos - O GT de medicamentos, apesar de haver constituído uma proposta de trabalho de indiscutível peso para a integração, encontrou como entrave a falta crônica de medicamentos por parte da CEME. O GT produziu uma listagem padrão mínima de medicamentos a serem utilizados na rede local, articulando uma divulgação e distribuição, bem como cadastramento de pacientes crônicos para garantia de distribuição de medicamentos.

6.3.1 Estilo de Liderança.

Foram distribuídos cerca de 30 questionários para pesquisar o estilo da liderança exercida dentro do PN. Cerca de 15 deles foram devolvidos com as respostas.

Do total de questionários devolvidos 73% eram de servidores membros permanentes de GTs, 20% de membros eventuais dos GTs; 7% não responderam este item.

Com relação à liderança exercida pela CEL no PN, cerca de 87% consideraram que esta é presente, porém sem demonstrar a sua força, tendendo à indiferença. Apenas 14% aludiram uma liderança forte e decisiva.

Com relação à liderança exercida pelo Secretário Executivo, estes foram os resultados:

- 80% dos entrevistados crê que o fluxo de informação para a equipe é bom, não exagerado nem pequeno;

- 60% dos entrevistados considera seu estilo como sendo participativo e envolvente, sem ser conciliador; enquanto 40% o acham um executor que luta para tomar e implementar decisões. É fundamental lembrar que não houve respostas tendentes a classificá-lo como conciliador ou não tomador de decisões;

- com relação às reuniões, ele tanto as faz em grupos grandes quanto pequenos (66% e 53% respectivamente - respostas não excludentes);

- os grupos também consideram que tomam decisões organizacionais (60%), operacionais (53%) e estratégicas (40%) - respostas não excludentes;

- o Secretário Executivo dificilmente participa das reuniões dos grupos sem convocação (86% das opiniões);

- 67% consideram que existe uma alta ou regular frequência de controle sobre a ação dos GTs e do PN pelo Secretário;

- 100% dos entrevistados refere como papel importante do Secretário o de mediador, embora com frequência menor também apareçam qualidades como avaliador, planejador e outras (27% em média);

- com relação à priorização das áreas de interesse, do Secretário, na opinião dos entrevistados ele acompanha mais de perto:

1º programas -	43%
2º vigilância epidemiológica -	29%
3º financiamento -	29%
4º pessoal -	36%
5º equipamentos -	79%
6º medicamentos -	100%

A partir destes dados conclui-se que, de uma maneira geral, o processo de tomada de decisão é participativo, as reuniões são importantes para tomar

decisões, a liderança mantém controle sem se perder no dia-a-dia dos grupos, consegue ter um papel adequado ao de coordenador de um projeto multi-institucional (mediador) e tem preocupações relevantes.

6.4 Sistema de informações

Cada uma das quatro organizações que constituem o PN mantiveram seus próprios sistemas de informação, uma vez que à exceção do município, são organizações que extrapolam o PN.

De característico, estes sistemas de informação têm em comum serem de cunho administrativo e quantitativo e, exceto no que diz respeito a grandes indicadores (recursos executados, pessoal existente, produtos realizados), não recebem nenhum tratamento e os grandes indicadores são compactados de tal forma que Niterói deixa de ser computada em particular. De uma maneira geral, estes dados não são processados eletronicamente. A exceção à regra é o INAMPS, que para dados do setor privado utiliza processamento eletrônico de dados, porém produzindo relatórios não acessíveis a Niterói (política própria de proteção de informação).

Desta forma, o PN, para tentar minorar o problema da falta de dados para tomar decisões, criou o GT de Informações, cuja tarefa era tentar montar um sistema que, em servindo para os repasses da previdência, também oferecesse dados para a gerência.

O sistema proposto é composto dos seguintes instrumentos ("boletins PN"):

- o PN1 é o Boletim de Produção Diária de Serviços de Saúde; é uma listagem de todos os indivíduos que comparecem diariamente às Unidades Operativas e serve como instrumento de auditoria e para estudo das derivações;

- o PN2 é o Boletim de Produção Diária e Mensal de Serviços de Saúde por grupo; condensa ao final do mês as informações coletadas pelo PN1 por grupos de indivíduos, utilizando-se um PN2 para cada grupo (pré-escolares, escolares, gestantes, etc).

- o PN3 é o Boletim de Produção Mensal de Serviços de Saúde, e recolhe as informações do PN2 em um só instrumento; permite a avaliação dos serviços produzidos

pelas unidades operativas e ao mesmo tempo fornece a fatura de cada unidade pela prestação daqueles serviços durante o mes (repasse de verbas);

- o PN4 é um mapa de zoneamento das unidades operativas;

- o PN5 é a ficha de referência e contra-referência do sistema;

- o PN6 é a Autorização de Internação dos Hospitais do Projeto Niterói;

- o PN7 é a conta hospitalar desses sosocômios, que permite o repasse de verbas pelos pacientes isinternados;

- o PN8 é o Boletim de Ocorrência Emergenciais (diário);

- o PN9 é o Boletim de Produção Mensal dessas ocorrências, ao mesmo tempo que fornece a fatura pelos serviços prestados em Pronto-Socorro;

- o PN10 é o Boletim de Ocorrências Ambulatoriais, que é preenchido diariamente pelos profissionais de saúde que atuam em ambulatório;

- o PN11 é o Boletim de Produção Mensal e a fatura pelos serviços prestados nesses locais.

Foram também criados instrumentos visando ao controle de exames laboratoriais pelos laboratórios Miguelote Vianna e do CPN (PN14 e PN15), os quais não foram implantados por dificuldade de pessoal para seu preenchimento (nos laboratórios).

Cada um desses "boletins PN" é acompanhado de instrutivos e normas de preenchimento, que visam à padronização das informações.

Esses instrumentos foram implantados com relativo sucesso nas unidades municipais e do Estado (exceto as hospitalares). Não se conseguiu, todavia, sua implantação nas unidades federais, por falta de decisão local e de aderência da proposta às necessidades das instituições centrais.

Este fato trouxe como consequência que os momentos de planejamento requerem grandes esforços de coleta e consolidação de dados nem sempre compatíveis. Esta pesquisa demonstrou isto a cada passo que deu.

No que se refere a informações da área administrativa, o PN praticamente dispõe de muito poucos dados - orçamentários e financeiros. Na área de recursos humanos, devido à questão de remanejamento de pessoal, a SE do PN possui um sistema específico, montado para acompanhar a movimentação de pessoal e que sempre dispõe dos dados solicitados.

6.5 Processo Gerencial

Como já foi focado, as organizações são centralizadas. A seguir se analisa cada sistema-meio:

1 - Recursos Humanos - decisão central de contratar, quanto, de que tipo, com que salário, com que benefícios, as punições e demissões (quando existem, por vontade da organização, são ráríssimas no Brasil).

2 - Manutenção - sistema praticamente inexistente em todas as organizações (embora o INAMPS tenha algo). A manutenção só é acionada após a ocorrência e com fluxos de atendimento extremamente demorados. O que não puder ser realizado pela unidade demorará muito a ser feito, independente de sua importância.

3 - Compras, Materiais, Medicamentos - De grandes volumes: são totalmente centralizados. Até limites normatizados (carta-convite), as unidades do INAMPS podem comprar (embora alguns produtos só em regime de urgência). Todas as unidades restantes só executam pequenos recursos, já referidos. A rigor não se pode falar em Sistema de Materiais, mas, sim, de consumo de material estocado; não há uma sistemática de manutenção, de estoque para reposição do consumo, mas, sim, solicitações de compra para consumo imediato.

4 - Finanças - Totalmente centralizado em cada organização. Embora as unidades do INAMPS que compram disponham de recursos, seu fluxo não é planejado e é colocado à disposição da unidade conforme esta solicite e conforme a disponibilidade do nível central (são "destaques" orçamentários). A execução financeira não é feita por nenhum órgão local, exceto nas despesas miúdas de pronto pagamento.

5 - Prioridades, Objetivos e Metas - O PN e as unidades têm importante participação na definição destas, apesar de nem sempre elas serem transformadas em recursos devido ao jogo político extra-setorial e/ou extra-municipal.

6.6 Procedimentos Administrativos

O INAMPS dispõe de muitas áreas administrativas normatizadas por manuais de procedimentos, embora estes não sejam revistos. Este órgão faz parte de um sistema de gerência - SINPAS - que dispõe de cerca de 1.600 formulários diferentes; é, sem dúvida, o órgão mais formalizado; existem descrição de funções, normas e regulamentos, porém não há treinamento nem verificação de seu uso.

O HUAP dispõe de regulamento; não utiliza normas.

As outras duas instituições são muito pouco formalizadas e o PN somente realizou normas nas áreas programáticas assistenciais.

6.7 Pessoal do Projeto Niterói

6.7.1 Políticas

Não se pode dizer de uma política de cada órgão ou do PN. Existem talvez alguns pontos a serem realçados.

Em relação a dados quantitativos ver a Tabela 6.1.

Déficit de pessoal é uma reclamação geral, embora não avaliada; nenhuma das organizações trabalha com quadro de lotação de pessoal.

Supervisão é uma tarefa que foi realizada durante algum tempo no PN e, posteriormente, suspensa; pensa-se retomá-la. A SMS iniciou recentemente (87) uma ainda incipiente forma de supervisão. Sobre isto e treinamento ver o capítulo 8.

Decisões nesta área são totalmente centralizadas nas organizações de origem.

Não há forma de suplementação salarial exceto no HUAP que vem implementando - por decisão interna - uma

política de suplementação salarial dos docentes que atuam a nível de emergência, a qual tem gerado discussões e discordâncias no município e dentro do próprio hospital.

6.7.2 Administração de RH

A informação sobre a distribuição de profissionais segundo a jornada de trabalho não está disponível, porém se pode dizer em geral com relação a jornada semanal:

- médicos - a praxe é a jornada de 20 hs semanais; uma pequena minoria trabalha em regime de 40 hs semanais;

- outros profissionais e técnicos - jornadas de 30 hs e, na prefeitura, de 40 hs (exceção dos casos previstos na lei, como técnicos de RX). Com relação à produção, os dados são os constantes do capítulo 7 e não existem parâmetros, exceto para consultas médicas (4 por hora de trabalho).

6.7.3 Desenvolvimento de RH (ver também capítulo 8)

Com relação a promoções, embora as organizações possuam algum tipo de proposta tendente a melhorar a situação do servidor, na prática esta tem escasso reflexo no serviço, devido à inflação galopante frente à defasagem com que é repostos o poder de compra dos salários. Assim:

- HUAP - não se teve acesso a esse dado para os servidores de uma maneira em geral. Para docentes a escala composta de 3 níveis dependentes de titulação acadêmica;

- INAMPS - existe para cada categoria uma escala composta por 25 níveis, cuja progressão era por mérito e antiguidade; no entanto, a concessão automática de 12 níveis (por decreto) a todos os servidores desestruturou a carreira e, no momento, se está propondo uma nova carreira;

- SES - divide seus servidores em 4 níveis de escolaridade (superior, 2º grau, 1º grau e elementar); dentro de cada nível criou 3 classes (A - mais de 15 anos, B - de 5 a 15 anos e C até 5 anos), havendo uma diferença entre classes de cerca de 10% de salário. A promoção é exclusivamente feita por antiguidade. Além disso, é oferecido, a cada tres anos de trabalho, um adicional até o

máximo de 9 triênios (1º triênio = + 10% de salário e os seguintes, mais 5%);

- SMS - tem três níveis (profissional A, técnico B e elementar C) e três classes em cada nível (1, 2 e 3); a diferença entre classes é de cerca de 10% e a promoção é por antiguidade.

De uma maneira geral, nenhuma das organizações utiliza comitês de trabalhadores, que acabam por se organizar fora, em associações de classe (até o momento o servidor público é proibido de se sindicalizar). As disparidades salariais são muito grandes (ver Tabela 6.1) o que traz como consequência grande desmotivação e conflito. A rotatividade, embora não medida devido a crise de emprego, é sentida como baixa.

6.7.4 Intercâmbio de pessoal

Não existe trabalho da equipe ambulatorial em hospitais. Existe um significativo intercâmbio de pessoal, cuja motivação tanto pode ser individual, quanto organizacional (ver Tabela 6.2).

TABELA 6.2 - ALOCAÇÃO DE PESSOAL (1982 e 1987) E SALÁRIOS (de Dezembro de 1987) EM DOLARES NAS INSTITUIÇÕES DO P.M. (1)

PROFISSÕES	INSTITUIÇÃO		I.K.A.M.P.S.		SECRET. EST. DA SAÚDE		H.U.A.P.		S.M.S.(3)		TOTAL GERAL									
	1982	1987	1982	12/87	1987	12/87	1982	12/87	1982	12/87										
MEICHO	463	46	569	556	54	658	756,68	81	245	326	559,92	721	732	59	93	144,58	11	1815	1691	
ASSISTENTE SOCIAL	25	-	25	32	5	37	551,87	0	5	19	24	559,92	29	34	1	1	144,58	11	79	95
ENFERMEIRA	56	2	58	59	21	68	652,99	A	17	43	68	559,92	184	233	4	6	144,58	11	385	374
FARMACÊUTICO	28	-	28	34	8	38	652,99	0	5	18	23	559,92	18	31	4	4	144,58	11	73	95
FISIOTERAPISTA	-	-	-	3	-	3	682,99	0	-	1	1	559,92	-	-	-	-	-	-	1	8
FISIOTERAPEUTA	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
FISIOTERAPISTA	12	1	13	14	7	21	682,67	3	12	15	559,92	31	48	4	8	144,58	11	63	84	
ODONTÓLOGO	4	-	4	71	-	71	727,26	49	25	74	559,92	-	1	17	21	144,58	11	95	107	
ODONTÓLOGO	-	-	-	4	-	4	572,99	4	19	14	559,92	1	1	7	9	144,58	11	27	28	
ODONTÓLOGO	-	-	-	-	-	-	-	1	9	5	14	559,92	-	-	25	13	144,58	11	39	27
ODONTÓLOGO	4	1	5	17	2	19	591,87	6	9	15	559,92	15	19	26	11	144,58	11	61	64	
ODONTÓLOGO	592	58	642	786	137	923	-	X	179	387	566	-	999	1892	147	156	-	2324	2747	
TOTAL DE NÍVEL SUPERIOR	168	-	168	169	188	277	282,49	S	29	158	165	281,29	446	478	-	9	78,65	11	771	929
TECNICISTA DE ENFERMAGEM	-	-	-	-	-	-	-	T	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TECNICISTA DE FISIOTERAPIA	-	-	-	-	-	-	-	E	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TECNICISTA DE LABORATORIO	19	-	19	15	17	32	262,52	M	2	33	35	281,29	64	61	-	6	78,65	11	118	134
TECNICISTA DE PATOLOGIA	11	-	11	31	12	43	248,96	T	2	21	23	281,29	55	53	-	-	-	-	59	119
TECNICISTA DE FARMACIA	-	-	-	-	-	-	-	E	4	3	7	281,29	-	-	-	-	-	-	7	7
TECNICISTA SANITARIO	-	-	-	-	-	-	-	S	5	5	2	7	281,29	-	-	-	-	-	7	7
OUTROS NÍVEL SUPERIOR	162	-	162	245	74	319	243,32	-	96	143	229	281,29	282	288	129	125	76,27	11	732	981
TOTAL DE NÍVEL MEDIO	352	8	352	468	211	671	-	138	338	476	-	767	888	129	158	-	-	1724	2097	
MULHERES DE SERV. DIVERSOS/INTERMEDIAR	187	-	187	146	87	233	243,32	B	88	174	268	187,98	679	395	-	-	-	-	856	688
OUTROS DE NÍVEL ELEMENTAR	127	58	185	65	8	73	199,43	B	293	287	187,99	317	338	91	198	48,78	11	884	995	
TOTAL DE NÍVEL ELEMENTAR	314	58	372	211	95	306	-	178	377	547	-	756	733	91	198	-	-	1766	1764	
TOTAL GERAL	1258	168	1366	1457	443	1988	-	687	1482	1589	-	2562	2825	387	314	-	-	5844	6828	

NOTAS: (1) - levantamento de dados junto às instituições
 (2) - dados para a S.E.S. 470 inexistentes
 (3) - o número de pessoal da S.M.S. inclui o pessoal do Serviço Funerário
 (4) - no cálculo do número total de pessoal em 1982, considerou-se que a S.E.S. teria a mesma lotação de 1987, afim de não inviabilizar a possibilidade de análise.

6.7.5 Legislação de controle

Cada órgão dispõe de um estatuto próprio dos servidores; o INAMPS, o HUAP e SMS utilizam, também, a legislação federal oriunda da CLT - Consolidação das Leis do Trabalho, visto que possuem servidores não-estatutários.

6.8 Finanças do PN

6.8.1 Administração financeira

Como já mencionado, este é um sistema também centralizado. A administração pública brasileira é bastante contábil, na medida que não se pauta por resultados e centraliza bastante os sistemas financeiros; o PN não escapou à norma.

Na verdade o PN não interfere diretamente no uso de nenhum dinheiro; toda execução é realizada pelas organizações de origem, centralmente e com base na legislação federal (lei 4.320/64)

Os dados disponíveis sobre recursos desta ordem estão dispostos na Tabela 6.3.

Com relação ao poder decisório de cada nível já foi relatado neste mesmo capítulo.

6.8.2 Financiamento externo

O único financiamento externo que o programa teve e a rigor o único recurso que utilizou diretamente foram US\$70.000 dólares oriundos do PIDAS (repasse de parte do "grant" da Fundação Kellogg), em 1984, que foram usados, basicamente, na aquisição de material de consumo para tornar o projeto mais independente do apoio de suas organizações componentes.

TABELA 6.3 - ALOCAÇÃO DAS RECEITAS DAS INSTITUIÇÕES DO P. M., PARA 1983 e 1987, POR TIPO DE REDE (1)

CATEGORIA	ELEMENTO DE DESPESA	INSTITUIÇÃO				SECRET. DE ESTADO DA SAÚDE (3)				RUP		S.M.S.		TOTALS - P. M.				
		1983		1987		1983		1987		1983		1987		1983		1987		
		Hosp.	PAIS	TOTAL	Hosp.	PAIS	TOTAL	Hosp.	PAIS	TOTAL	Hosp.	PAIS	TOTAL	Hosp.	PAIS	TOTAL	Hosp.	PAIS	TOTAL
I	Pessoal e encargos	1078,8	11671,2	12750,0	1258,3	11416,1	12674,4	5142,8	2093,2	7236,0	...	...	1871,7	1159,5	...	...	...	...
J	Material e medicam.	597,8	2578,8	3176,6	527,5	2924,4	3152,9	3717,8	244,6	4162,4	1437,7	4278,1	119,5	94,8	...	...	...	...
K	Outras des-pesas	386,2	927,3	1333,5	181,8	1943,2	1224,2	1784,9	168,3	1923,2	652,2	1538,9	654,2	382,8	...	...	...	...
L	TOTAL DE CUSTEIO	1982,5	15197,2	17179,9	1966,9	15483,8	17051,6	11125,5	2710,8	13833,6	...	...	1894,4	1519,1	...	...	...	...
M	Equip. e mat. permanente	48,6	342,4	371,1	56,7	379,3	456,1	2477,8	86,2	2564,0	...	477,5	5,9	24,3	...	...	...	...
N	Foras e ins-talacoes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	63,5	1419,9	2,6	316,9	...	...	...	...
O	TOTAL DE INVESTIMENTOS	48,6	342,4	371,1	56,7	379,3	456,1	2477,8	86,2	2564,0	63,5	1419,9	2,6	316,9	...	...	...	...
P	TOTAL GERAL	2031,2	15539,7	17579,9	2023,6	15863,1	17506,7	13603,4	2811,2	16441,6	...	...	1897,0	1836,4	...	...	...	...
Q	TESOURO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	...	...	878,4	918,9	...	...	...	...
R	PREVID. SOCIAL	2031,2	15539,7	17579,9	2023,6	15863,1	17506,7	-	-	3949,9	1782,8	6427,2	598,5	1419,1	...	...	...	...
S	OUTRAS RECEITAS PUBL.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	376,8	1407,8	-	-	...	...	...	...
T	OUTRAS FONTES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	...	...	...	...
U	TOTAL GERAL	2031,2	15539,7	17579,9	2023,6	15863,1	17506,7	-	-	16441,6	...	...	1897,0	1836,4	...	...	...	...

FONTE: Levantamento de dados junto às instituições.
 NOTAS - (1) valores médios anuais do câmbio: 1983 = 1 US\$ = 576,16 cruzeiros / 1987 = 1 US\$ = 29,38 cruzeiros
 (2) dados estimados a partir de salários e composição porcentual das outras despesas no P.M. - (28)
 (3) dados inexistentes para 1983. Os dados da rede ambulatorial estimados por elemento de despesa através da composição global da SES
 (4) alocação da receita inferida a partir da participação porcentual em 1987

Tabela 6.2 - Movimentação de Pessoal, 1987

órgão cedente órgão receptor	UFF	INAMPS	SES	SMS	Outros	Total
UFF	-	31	9	4	0	44
INAM, PS	2	-	11	8	4	25
SES	1	16	-	3	2	22
SMS	1	24	2	-	4	31
PN	3	26	2	5	2	38
Outros	0	4	1	3	-	8
Total: Médio	2	72	23	9	9	115
! N. superior	4	20	1	6	3	34
! Outros	1	9	1	8	0	19
Total Geral	7	101	25	23	12	168

Fonte: Levantamento de dados junto ao PN

CAPÍTULO 7

PROCESSO DE ATIVIDADES DO PROJETO NITERÓI

7.1 Serviços Curativos

7.1.1 Registro de atendimentos

Os registros médicos de atenção dentro das quatro instituições que compõem o PN, apesar de algumas peculiaridades internas, não tem grande diferenciação quanto as suas saídas, uma vez que seu uso é administrativo.

Assim, a nível dos serviços ambulatoriais, como se descreve em 7.1.4, embora exista marcação de consultas novas e de retorno, este dado só é utilizado no dia a dia, não sendo consolidado, exceto no que diz respeito à rede das unidades municipais (Tabela 7.1). Assim, para esta rede, verifica-se que 27% e 22,6% do total das consultas respectivamente para 86 e 87 são consultas novas ou de primeira vez (conceito de nova está associado à primeira consulta no ano). Desta forma, esta informação torna-se não disponível para o restante da rede.

As consultas médicas por especialidades estão referidas na Tabela 7.2 para os anos de 83 e 87 onde realça o avanço da participação do setor público no total de consultas que foi de 75% em 83 e de 88,1% em 87; nesse período o setor público aumentou 5,7% o número de consultas, o setor privado diminui em 133,8% e, no total, a oferta diminuiu em 10,9%, fato este já observado anteriormente.

Com relação ao tempo médio de duração da consulta, está estimado em todos os serviços como sendo em torno de 15 minutos e é um padrão que vem sendo utilizado há alguns anos no Brasil. Sabe-se que existe uma variação muito grande deste número na prática, porém sua avaliação implicaria em desnudar alguns procedimentos usuais por parte do corpo médico no que respeita ao cumprimento do horário. De tal forma que a carga de consultas é agendada a cada profissional, porém a não ser em casos excepcionais, em quanto tempo ela é cumprida não é controlado.

Tabela 7.1 - Consultas novas e subsequentes e derivações nas UMSs, Niterói, 1986 e 1987

	1986	1987
1.Consultas novas	24.912	23.537
2.Consultas subsequentes	92.341	104.057 (1)
3.Percentual 1/2	27,0	22,6
4.Derivados p/outra unidade	4.032	3.027
5.Derivados p/outra instituição	6.812	9.162
6.Total de derivações	10.844	12.189
7.Percentual 6/1+2	9,2	9,6

Fonte: SMS

(1) Até os dois primeiros meses de 1987, os atendimentos nos SPAs das UMS 1 e 6 estavam incluídos nos totais das consultas médicas, o que dá uma distorção, ao comparar-se as consultas entre 1986 e 1987.

Tabela 7.2 - Distribuição percentual das consultas médicas ambulatoriais na rede pública e privada contratada. Niterói, 1983 e 1987

setor e especialidades	anos 1983(1)			anos 1987(2)			Parâmetros(3)
	públ.	priv.	total	públ.	priv.	total	
.Cl.médica	11,5	34,4	17,2	16,4	36,6	18,8	34,5
.Pediatria	13,6	25,7	16,7	19,0	28,3	20,1	15,5
.Ginecologia	9,2	18,5	11,5	6,8	15,6	7,9	6,7
.Obstetrícia	4,2	6,1	4,7	5,2	5,7	5,3	6,0
.Cir.Geral	4,1	0,6	3,2	4,5	1,3	4,1	2,3
.Alergia	0,2	1,2	0,4	0,1	2,1	0,4	0,3
.Angiologia	0,6	0,2	0,5	1,0	0,0	0,9	0,3
.Cardiologia	4,5	0,5	3,5	3,1	1,4	2,9	2,1
.Dermatologia	3,3	2,4	3,1	3,7	0,3	3,3	1,1
.Endocrinol.	1,6	0,3	1,2	1,7	0,3	1,5	0,4
.Fisiatria	0,0	0,2	0,1	0,1	0,3	0,1	0,6
.Gastroenter.	1,9	0,3	1,5	1,3	0,3	1,2	0,7
.Hematologia	1,0	0,3	0,8	0,4	-	3,6	0,1
.Nefrologia	0,1	0,3	0,1	0,2	-	0,2	0,1
.Neurocirur.	0,1	0,2	0,2	0,1	-	0,1	0,1
.Neurologia	2,2	0,4	0,8	1,8	2,5	1,8	1,2
.Oftalmologia	5,4	0,7	4,2	3,9	1,0	3,5	2,8
.Oncologia	2,0	0,2	1,5	1,5	0,3	1,3	0,2
.O.R.L.	6,0	3,3	5,3	4,2	1,0	3,8	1,9
.Tisiopneumo.	3,4	0,5	2,7	3,3	-	2,9	1,0
.Proctologia	1,1	0,2	0,7	1,0	0,0	0,8	0,2
.Psiquiatria	4,9	0,4	3,8	3,0	0,1	2,7	2,2
.Reumatol.	2,8	0,3	2,2	2,0	0,0	1,8	0,4
.Traumato-ortop.	9,0	1,8	7,2	4,3	2,7	4,2	2,9
.Urologia	3,4	0,2	2,6	2,0	0,0	2,6	0,9
.Outros	3,6	0,7	2,9	8,3	0,0	7,3	0,5
Total	941842		1256598		134648		
		314756		998185		1132833	

Fonte: Levantamento de dados.

- (1) Não estão incluídas as consultas da rede estadual porque não há discriminação de informação por clínicas. Isto provoca distorções nos cálculos de proporções de atendimentos em clínicas básicas.
- (2) para as unidades da rede estadual foram usados dados de 1986 devido ao atraso das informações de 1987.
- (3) de acordo com a Portaria nº 3046/82 de MPAS de 20/7/82.

Com relação à assistência hospitalar idêntico procedimento é adotado embora aqui não se controle o número de internações e reinternações devidas a um mesmo agravo em nenhuma das redes.

O controle de qualidade é realizado de maneira indireta no HUAP e no HOF, através basicamente da ação de Comissões, em particular a de Controle de Infecção Hospitalar. Os indicadores utilizados são os clássicos e seu uso é apenas administrativo; consequência disso são as altas médias de permanência e relativas baixas taxas de ocupação, em parte fruto do não uso dos indicadores. Com relação a rede privada o controle executado é exclusivamente voltado para fins de pagamento das faturas.

7.1.2 Acessibilidade

O inquérito populacional realizado em 6 áreas do município abrangendo uma população de 1.063 pessoas residentes em 237 domicílios revelou os seguintes aspectos em relação às necessidades sentidas:

1. 90% das famílias tem cobertura de assistência médica através do INAMPS (77%) ou outros sistemas previdenciários públicos (13%);

2. na metade dos domicílios havia, pelo menos, uma pessoa referindo a presença de problemas de saúde nos últimos 30 dias. Ao todo, foram identificadas 130 pessoas (12,2%) com os seguintes tipos de queixas: estado gripal (36%), do aparelho respiratório (16%), do aparelho cardio-circulatório (10%), do aparelho gastro-intestinal (7,7%), da pele (7,7%), do aparelho osteo-muscular (6,9%), tumores (3,1%) e outras queixas (12,3%);

3. 76% das pessoas referiram que o estado mórbido iniciou-se há menos de 30 dias; em 7,7% dos casos o quadro instalou-se há mais de 30 dias e menos de 6 meses; em 16,3% dos casos o estado mórbido existe há mais de 6 meses;

4. 68% das pessoas julgaram necessário ter recebido assistência médica, mas 53% delas haviam tentado tratamentos caseiros ou auto-medicação e 5% haviam recorrido à farmácia para buscar orientação;

5. independente da presença de doença ou da necessidade imediata de recorrer à assistência médica, em 89% dos domicílios os entrevistados afirmaram que seria importante receber orientação dos serviços de saúde sobre como prevenir doenças em geral (31%), como prevenir doenças transmissíveis (16%), como evitar o dengue (11%), esquema de vacinações (9%), práticas de higiene e alimentação de crianças (4%), formas de utilização dos serviços de saúde (5%), contracepção (2%) e outros temas variados (30%).

Os resultados do inquérito permitem, ainda, as seguintes conclusões a respeito da utilização de serviços de saúde:

1. em 105 domicílios (44%) identificou-se 112 pessoas que compareceram a um serviço de saúde no período de 30 dias anteriores à data da entrevista (10,5% da amostra);

2. os serviços mais procurados foram a unidade de saúde pública próxima à residência (45%), o médico particular (10%) e o HUAP (8%);

3. foram prestadas 200 consultas médicas a essa população nesse período de 30 dias. Extrapolando-se esse número para todo o ano, sem levar em consideração a sazonalidade da utilização dos serviços, estimamos que a população consome 2,25 consultas médicas/habitante/ano, provavelmente superior ao parâmetro estipulado pelo Ministério da Saúde (2 consultas/habitante/ano);

4. associadas a essas consultas foram realizados exames subsidiários de sangue (em 18 pessoas), radiologia (10 pessoas), urina (15 pessoas), fezes (10 pessoas), radiografia (6 pessoas) e outros (11 pessoas);

5. 92% dos domicílios já foram visitados pelos agentes da SUCAM para orientação e combate ao mosquito. De 57% deles essas visitas são feitas em intervalos menores do que 3 meses; 21% recebem visitas a cada 3-6 meses; 22% receberam visitas em intervalos maiores do que 6 meses;

6. em 190 dos domicílios entrevistados (80%) foi constatado que a família já utilizou em alguma ocasião os serviços públicos de saúde do bairro. Em 75 deles (32%) há pessoas que, mesmo não tendo recebido consultas nos últimos 30 dias, estavam em tratamento sob orientação médica.

Respeito das condições de acessibilidade aos serviços de saúde, o inquérito revelou que 59% das famílias julgam difícil obter consultas nos serviços de saúde do seu bairro. 12% julga que é difícil (12% não opinaram).

Entre os fatores que limitam a acessibilidade aos serviços de saúde, a necessidade de ter tempo e paciência para esperar o "número" (isto é, a senha para o atendimento), o horário de funcionamento das unidades de saúde e o custo são os mais citados. Somente 23% das famílias julgaram-no

7.1.3 Referência e contra-referência

Dois aspectos nortearão a discussão da questão da referência e contra-referência no PN:

a) o estabelecimento de critérios e planos que permitiram o acesso universal às unidades participantes do sistema e

b) as deficiências dos sistemas de recepção de pacientes e registros de atendimentos.

Duas das primeiras medidas do PN foram a criação de um modelo de hierarquização (Figura 1.1) e dos instrumentos formais de referência e contra-referência de pacientes ("boletins PN") em substituição à anarquia vigente até então.

O modelo de hierarquização nunca chegou a funcionar a contento devido a:

a) grande demanda de clientes oriundos dos municípios vizinhos;

b) a timidez dos serviços de nível secundário e terciário em redirecionar a demanda de casos de baixa complexidade;

c) a deterioração dos serviços de HEAL e do HEGVF;

d) a incapacidade dos CSs Santa Rosa e Carlos Antonio da Silva de oferecer serviços de maior complexidade, exceto em relação aos programas de controle de tuberculose e Hanseníase.

Dessa forma, os pontos preferenciais para referência de pacientes passaram a ser o PAM-Engenhoca (restrito à zona norte da cidade), o CPN e o ambulatório do HUAP.

Apesar desse desvio do modelo original, esses serviços absorveram a contento o fluxo de demanda por consultas e exames especializados. Os critérios originalmente estabelecidos foram ignorados e as unidades primárias conformaram-se a um modelo mais informal que satisfazia as suas necessidades.

O grande leque de serviços oferecidos pelo HUAP e CPN permitiu que toda a população que acorre aos serviços de atenção primária tenha acesso a um sistema sofisticado de atenção médica.

É importante notar que não se faz distinções entre clientes previdenciários e não-previdenciários. Embora alguns serviços de nível secundário tivessem criado dificuldades para o atendimento dos não-previdenciários, a atitude receptiva do CPN e do PAM-Engenhoca supriu essa deficiência. Inclusive, quando há necessidade de internações na refe hospitalar privada ou de exames em laboratórios privados, o CPN autoriza o atendimento do não-previdenciário arcando com as despesas.

A área que vem apresentando excelente desempenho é a de referências para exames laboratoriais. Para evitar o deslocamento de clientes, o CPN cede à rede de UMSs e CSs o material necessário para a coleta de amostras; essas são enviadas ao laboratório por malotes e o resultado retorna à unidade num prazo médio de 10 dias.

Em situações de emergência, o sistema dispõe de ambulâncias; de forma limitada, através das UMS-1 e UMS-6 e, de forma mais ampla, através do CPN.

A referência de pacientes pode dar-se indistintamente entre todas as unidades do sistema, mas o maior volume delas provém das UMSs. Desde 1986 a SE do PN vem monitorando o número de pacientes referidos pelas unidades primárias. (Ver Tabela 7.1)

Contudo, não há estudo sistemático das características dos pacientes referidos; dessa forma o PN não pode informar sobre o volume de demanda por cada tipo de clínica especializada, destino de pacientes, propriedade da referência, qualidade da assistência, etc. Para obter algumas dessas informações tivemos que realizar estudo específico cujos resultados estão apresentados mais adiante.

Apesar desses aspectos positivos, o sistema de referência e contra-referência é, ainda hoje, um dos maiores problemas do PN devido às deficiências observadas na recepção de pacientes, no registro dos atendimentos e no relatório da contra-referência.

Apesar do trabalho de orientação feito em 1983, muitas resistências se levantaram contra a nova sistemática. Relatos anedóticos ilustram essas dificuldades: muitos médicos dos PAMs e do HUAP, quando atendiam o paciente referido, jogavam no cesto de lixo o boletim de referência e contra-referência e alguns diretores de PAMs recusavam-se a inscrever pacientes não-previdenciários, exigindo, muitas vezes, a interferência do Secretário Executivo do PN para convencê-los a receber o paciente.

Ainda hoje, grande número de médicos, alegando desconhecer as normas, ou por simples displicência, não preenche as informações de contra-referência. De tal forma

isto acontece, que reconhece-se que a contra-referência é mínima e um total insucesso. Os boletins de referência, na maior parte das vezes, são guardados em caixas ou envelopes sem qualquer critério de classificação.

Seja por ignorância ou omissão dos funcionários, o fato é que o registro de atendimentos de pacientes referidos é de péssima qualidade. Apesar de reconhecer isto, a CEL não decidiu refazer o treinamento ou impor punições.

Outro aspecto bastante negativo é o fato de que, até junho de 1988, não fora criado um mecanismo que facilitasse o acesso dos pacientes referidos. Ou seja, um paciente que viesse ao HUAP ou ao PAM referido por outra unidade do sistema devia sujeitar-se aos mesmos procedimentos de inscrição para consulta impostos àqueles que demandavam diretamente o serviço; isto é, enfrentar longas filas para obter a "ficha de consulta", ter sua documentação verificada, etc. Sem dúvida, este é um forte fator de desestímulo para aqueles que obedecem as propostas do PN.

Somente em junho de 1988 a direção do CPN decidiu implantar um "guichê" específico para recepcionar os pacientes referidos, visando a uma agilização da inscrição e um menor tempo de espera. Nessa mesma ocasião, um grupo de professores da UFF decidiu adotar procedimento semelhante no HUAP com a criação de um serviço de recepção a pacientes referidos; é interessante observar que essa prática já existia no HUAP nos idos de 1978 por iniciativa do PISMI e foi, inexplicavelmente, abandonada. Sem dúvida, essas duas iniciativas deverão ter reflexos positivos sobre a qualidade do sistema de referência.

O terceiro aspecto negativo observado é referente ao registro dos atendimentos. Para efeitos do sistema de matrículas dos PAMs e do HUAP, os pacientes que vêm referidos para uma consulta especializada são tratados como "pronto-atendimento" e, como tal, não recebem uma matrícula no serviço (portanto, não é aberto um prontuário para o paciente). Acresce-se a isso, o fato de que a folha de registro médico do atendimento (quando existe) não é arquivada juntamente com o boletim de referência. Portanto, torna-se impraticável identificar os atendimentos a pacientes referidos.

Face a essas dificuldades, dois levantamentos foram realizados para observar características do sistema de referência e contra-referência para consultas especializadas. Eles visaram o estudo dos fluxos de referência de pacientes e, dada a precariedade das informações coletadas rotineiramente, foram a fonte mais confiável de dados sobre o volume de demanda de consultas especializadas. Não fornecem um quadro completo, na medida em

que não englobam os encaminhamentos para exames complementares laboratoriais e radiológicos; contudo, não há registros sistematizados sobre estes encaminhamentos.

a) Análise das referências para consultas especializadas no período de 1984 a 1987

A partir de fins de 1983 as UMSs passaram a registrar em livro próprio os casos referidos para outros níveis de atenção. Lamentavelmente, nem todas as unidades utilizaram os mesmos critérios para registro dessas informações e em algumas UMSs não pudemos recuperar as informações de todos os anos.

A partir do universo de 3.434 registros de 1984 e de 11.488 registros de 1987, selecionamos uma amostra de aproximadamente 500 registros em cada um desses dois pontos no tempo. De cada registro, quando disponíveis, foram anotadas as seguintes variáveis: a) destino do encaminhamento, b) idade do paciente, c) sexo do paciente, d) tipo de consulta solicitada, e) mês em que foi feito o pedido, f) UMS que encaminhou, g) cobertura previdenciária do paciente e h) se houve retorno de ficha de referência com informações médicas.

A qualidade da informação variou bastante entre os livros de registro das diversas UMSs. Nenhuma delas registrou se houve retorno da referência. Em relação à condição de cobertura previdenciária, apenas 14% dos registros de 1984 e 19% em 1987 indicavam se o paciente era ou não filiado a um dos sistemas oficiais que oferecem cobertura de assistência médica, o que inviabiliza qualquer análise. A mesma insuficiência de informações repete-se em relação à variável idade do paciente (63% e 86% de registros em branco, respectivamente).

Entre 1984 e 1987 houve uma significativa mudança no perfil do destino dos encaminhamentos (Tabela 7.3). A proporção de referência caiu em relação a todos os hospitais, mas é muito mais marcante em relação ao HEAL (passa de 2,9% em 1984 para 1,0% em 1987) e ao HEGVF (passa de 6,7% em 1984 para 3,2% em 1987). A participação de todas as outras instituições caiu neste período, em detrimento do CPN, o qual, em 1987, passa a absorver quase dois terços de todos os casos referidos pelas UMSs.

Estes resultados parecem, em princípio, indicar que foi alcançado o objetivo de redirecionar a demanda de serviços, dando maior ênfase ao atendimento a nível das unidades extra-hospitalares; vê-se que a referência a hospitais cai de 36,5% para 25,7% do total, enquanto a demanda a serviços ambulatoriais cresce de 58,8% para 71,7%.

Contudo, chama a atenção a queda de participação relativa dos PAMs (Araribóia, Amaral Peixoto e Engenhoca) e do C.S. Santa Rosa e a concentração da demanda sobre o CPN.

Tabela 7.3 - Distribuição porcentual do destino dos encaminhamentos das UMSS para consultas especializadas

Serviço	Ano	1984 (%)	1987 (%)
HUAP		26,9	21,5
HEAL		2,9	1,0
HEGVF		6,7	3,2
CPN		46,1	65,2
OUTROS PAMs		11,7	5,9
C.S. Sta. ROSA		1,0	0,6
DEMAIS INSTITUIÇÕES		4,6	2,6

Fonte: Levantamento de dados

Tabela 7.4 - Distribuição porcentual das consultas especializadas solicitadas para pacientes referidos pelas UMSS, 1984 - 1987

Ano Especialidade	1984 (N=375)	1987 (N=353)
Cardiologia	19,5	18,1
Clínica Médica	1,6	1,1
Clínica Cirúrgica	7,5	7,1
Dermatologia	8,0	5,9
Gastroenterologia	4,5	9,6
Gineco-obstetrícia	4,8	2,5
Neurologia	6,1	13,9
Odontologia	—	0,8
Oftalmologia	9,6	4,8
ORL	12,3	9,6
Ortopedia	9,3	9,3
Pediatria	1,1	1,1
Psiquiatria	2,4	2,0
Urologia	4,5	5,4
Demais especialidades	6,4	7,4
Exames especializados	2,7	1,1
TOTAL	100,0 %	99,7%

Fonte: Levantamento de dados

A distribuição das referências segundo o sexo dos pacientes mostra uma pequena preponderância do sexo feminino (54,5% em 1984 e 54,7% em 1987). Estes valores são inferiores àqueles encontrados na distribuição por sexo do total de pacientes atendidos nas UMSS.

Não se observou variação significativa na distribuição sazonal do número de encaminhamentos.

Chama a atenção o fato de que os resultados permitem estimar que nos meses de Abril e Maio de 1987 as UMSS referiram 1.618 pacientes, dos quais cerca de 980 devem ter sido referidos ao CPN. Contudo, o relatório do serviço de estatística do CPN indica que naqueles dois meses, somente 54 pacientes vieram à consulta por referência das UMSS; isto é, somente cerca de 6% dos pacientes referidos

pelas UMSs são identificados como tal no CPN. Este achado é idêntico àquele verificado no estudo de acompanhamento da amostra de pacientes referidos (vide item abaixo).

As variações observadas entre 1984 e 1987 na proporção das especialidades demandadas (Tabela 7.4) são relativamente pequenas e não permitem inferir uma tendência. As especialidades mais solicitadas são a Cardiologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Clínica Cirúrgica, Dermatologia, Oftalmologia, Neurologia e Gastroenterologia. É interessante observar que as solicitações à Clínica Médica, Pediatria, Gineco-Obstetrícia e Odontologia mostram baixas proporções, o que indica que o grau de resolutividade das UMSs é adequado nestas áreas básicas.

b) - Estudo do fluxo de referência em uma amostra de casos

Para este estudo foi tomada uma amostra casual de 10 prontuários de pacientes referidos durante o mês de Março de 1988 por 3 UMSs (UMS-2, UMS-3 e UMS-11), totalizando 30 casos. A partir das indicações dos prontuários e da cópia da ficha de referência, foram visitados os serviços para onde os pacientes haviam sido encaminhados, onde buscou-se localizar o registro médico desses atendimentos. O levantamento foi realizado em fins de Maio, havendo, portanto, um lapso médio de dois meses e meio entre o evento e a observação.

O resultado obtido evidencia uma das maiores fragilidades das proposições do PN:

1 - de tres pacientes encaminhados ao HUAP não se encontrou qualquer registro sobre o atendimento. Uma das pacientes inclusive já era matriculada no hospital e fora encaminhada para fazer uma curetagem uterina; sabe-se que foi atendida porque retornou à UMS, portando a ficha de contra-referência (a qual não foi arquivada na UMS); contudo, no HUAP, após pesquisa cuidadosa, não foi possível localizar qualquer registro dessa assistência, nem em seu prontuário nem nas listagens de atendimento. Não foi possível traçar o que sucedeu com os outros dois pacientes, já que não havia registros no HUAP e eles não haviam retornado à UMS; um fora encaminhado para consulta de ORL e outro, para emergência.

2 - vinte e dois pacientes haviam sido encaminhados ao CPN. Somente duas fichas de referência foram localizadas: uma delas encontrada casualmente ao se pesquisar uma caixa contendo inúmeras fichas semelhantes e guardadas sem critérios de localização; a ficha do outro

paciente foi localizada após pesquisa a envelopes em que cada médico do CPN guarda as fichas de referência dos pacientes que atendeu. Nos dois casos observou-se que o paciente retornou à UMS de origem e um deles levava consigo a ficha da contra-referência.

3 - tres pacientes foram encaminhados à Faculdade de Odontologia da UFF para tratamento de ortodontia ou endodontia. Nenhum registro de atendimento foi localizado. Dois dos pacientes não haviam retornado à UMS de origem; o outro retornou para exodontia, mas não há registro sobre se foi atendido pelo serviço da Faculdade.

4 - dois pacientes foram encaminhados ao HEGVF. Nenhum registro de assistência foi localizado. Sabe-se, através dos registros da UMS, que um deles chegou a ser atendido, embora não houvesse arquivamento da ficha de contra-referência ou qualquer menção específica sobre o atendimento realizado.

Dada a péssima qualidade dos registros de atendimento de pacientes referidos e do retorno da informação à UMS é impossível concluir quantos pacientes chegaram efetivamente a receber atendimento. Outras observações a respeito da sistemática de registro de pacientes referidos permitem-nos inferir que, muito provavelmente, a maioria dos pacientes chegou a ser atendida nos locais de referência, mas que se torna impraticável resgatar as informações sobre o fluxo dos pacientes.

7.1.4 Registro médico

Em relação aos registros médicos, as diversas unidades do PN obedecem as normas e padrões das instituições a que estão subordinadas. Portanto, existe uniformidade entre as UMSs, entre os PAMs e entre os CSs/PSSs, mas não há, entre estes conjuntos entre si.

Este mesmo fenômeno observa-se em relação às formas de armazenamento dos registros. Não há, em nenhuma das instituições, prontuários de família. Cada indivíduo tem seu prontuário que o acompanha enquanto estiver vinculado à unidade. As instituições não intercambiam prontuários.

Nas unidades de nível primário o prontuário é simplificado. Nas UMSs resumem-se a uma ficha dobrável que envolve as folhas de anotação e é arquivada em ordem alfabética. Nos PAMs, nos CSs, no HEGVF e HEAL segue, em princípio, os mesmos critérios.

Há padronização sumária de anamnese médica nas unidades de nível primário e secundário. O registro de diagnósticos segue a nona revisão da C.I.D. e é feita pelo médico-assistente.

Em vários UMSs e CSs estão implantados os gráficos de crescimento e desenvolvimento da criança - inclusive, como base para a inscrição no programa de suplementação alimentar - mas esta não é uma norma universal no sistema. A UMS-7 utiliza, também, uma ficha de controle de desenvolvimento neuropsicomotor de crianças.

A qualidade do registro médico nas unidades ambulatoriais é muito variável de unidade para unidade, mas, na média, é baixa a quantidade de informações médicas anotadas nos prontuários. É alta a frequência de prontuários onde não consta o diagnóstico ou sua codificação. Estas deficiências atingem seu ponto máximo nos PAMs onde não é incomum encontrar prontuários sem qualquer registro do atendimento prestado.

Levantamento realizado pelo serviço de Documentação Científica do PAM-Engenhoca referente ao período de Janeiro a Setembro de 1987 detectou que apenas em 6% dos prontuários as informações médicas estavam preenchidas completamente, em 78% estavam incompletas e em 16% estavam em branco. Em 9% dos casos não havia diagnóstico ou este era ilegível. Este fenômeno não é uma peculiaridade de Niterói e, muito menos, do PAM-Engenhoca; trata-se de situação que se repete em todos os PAMs do Brasil.

O controle de agendamento de consultas varia nas várias instituições. As primeiras consultas são agendadas de acordo com a disponibilidade de vagas; os serviços costumam reservar um certo percentual das consultas do período para os pronto-atendimentos e para as novas consultas. Esse percentual varia de 30 a 60% das consultas do dia. O paciente que procura o serviço para uma primeira consulta enfrenta filas - que, em alguns casos, pode iniciar-se por volta das 5-6 horas da manhã - na expectativa de obter uma "ficha de atendimento". Surpreendentemente, caso não tenha sucesso, é orientado a retornar outra vez, sem que se tenha tomado alguma iniciativa para providenciar o agendamento de consulta para outro dia qualquer, evitando, assim, o penoso vai-e-vem de pessoas.

Apesar de várias vezes anunciado pelo INAMPS como solução paliativa para o problema das filas, o agendamento por telefone nunca foi tentado em Niterói.

Afortunadamente a maioria das UMSs, dos CSs/PSs e alguns PAMs tem boa capacidade de vazão da demanda. Contudo, em locais como o CPN e o HUAP, o sistema chega a ser cruel.

Situação semelhante pode ocorrer quando da necessidade de consultas de retorno. Nos PAMs do INAMPS existe uma norma de que cada médico pode agendar 4 consultas de retorno na sua terefa diária; as outras 12 "vagas" devem ser reservadas para consultas "novas". Esta norma foi implantada visando a coibir abusos de médicos que preenchiam toda a sua agenda diária de 16 consultas com retornos considerados desnecessários. Contudo, criou um grave problema para a clientela em uma séria ameaça à continuidade assistencial: diante dos limites impostos, o médico do PAM orienta o paciente a retornar dentro de um período aproximado, mas sem data fixa; e que, enfrente novamente a fila para obter uma "ficha de atendimento" como se fora um paciente "novo". Além do ônus de enfrentar nova fila, não é incomum que o paciente venha a ser atendido por médico diferente.

Em que pese às suas propostas de racionalização e melhoria da qualidade assistencial, o PN não tomou a iniciativa de discutir e modificar essa sistemática desumana e insensata de agendamento de consultas ou de executar um plano de trabalho que visasse à melhoria da qualidade dos registros médicos.

Os sistemas estatísticos das unidades de nível primário e secundário computam as consultas novas e subsequentes de acordo com a especialidade clínica. Nos PAMs, do INAMPS, o boletim ROA indica também o diagnóstico, mas as estatísticas mensais não utilizam esse dado rotineiramente.

7.1.5 Assistência nas UPs, S.P.A. e Emergência Hospitalar

A descrição do papel de cada unidade se encontra no Capítulo 5 e adiante se apresenta um resumo da produção de consultas na rede pública de Niterói. (Tabela 7.5)

Tabela 7.5 - Produção de consultas médicas de rotina e de emergência pelos serviços públicos em 1983 e 1987 (em milhares), Niterói

	1983			1987		
	rotina	emergência	total	rotina	emergência	total
HUAP	176,7	183,7	360,30	133,6	154,9	288,5
HOF	(4)19,4	-	19,4	13,3	0,7	14,4
HEGVF	23,4	62,2	85,6	28,7	56,6	(1)85,3
HEAL	18,1	31,6	49,7	8,9	24,9	(1)33,7
CPN	207,1	108,5	315,6	(3)196,6	170,4	367,0
Outros PAMs	547,1	7,4	544,5	363,,8	-	363,8
CSs+PSs	67,6	-	67,6	95,0	-	95,0
UMSs	58,8	(2)	58,8	107,4	22,4	129,8
Totais	1.122,9	393,3	1.516,2	947,7	429,9	1.377,6

Fonte: Levantamento de dados

(1) dados de 1986

(2) não havia atendimento de emergência em 1983

(3) projetado com base em 9 meses

(4) projetado com base em 4 meses

A assistência médica prestada nas UMS, ou seja na rede periférica, evolui de 5,2% em 83 para 11,7% em 87 em relação ao número total de consultas, excluídas a da emergência, o que sugere não só um aumento da capacidade operacional como também uma certa reorientação da assistência. O incremento de consultas nesta rede nesse período foi de 45% e como se observa na Tabela 6.1 do Capítulo 6, a oferta da mão de obra médica cresceu em 37% no mesmo período.

Não existem registros sobre as áreas de captação, embora alguns comentários e inferências sobre isto já tenham sido aqui levantadas; também não existem registros da produção dos programas específicos embora estes estejam instalados e funcionando, como no caso o de atenção materno-infantil e de suplementação alimentar.

A atenção médica de urgência significou 25,9% dos atendimentos em 1983 e, 29,8% em 1987. De 1983 para 1987 os atendimentos de urgência cresceram 3,8% (talvez menos do que o crescimento esperado da demanda). A realçar, ainda, que do total dos atendimentos de urgência em 1987, 5,5% foram oferecidos pela rede municipal. Aparentemente, se está frente a um reordenamento, onde a rede periférica começa a assumir um novo papel e a rede central, antes de redirecionar seus serviços (maior oferta de consultas especializadas) acomoda-se, aumentando sua ociosidade.

Taxas de morbidade e prevalência não estão disponíveis em particular para mensurar mudanças. Não existem critérios de avaliação da rede periférica e ou de emergência em uso porque não existe compilação de dados

7.1.6 Internação

A Tabela 7.24 apresenta a capacidade operacional dos hospitais públicos e privados de Niterói.

A Tabela 7.25 e as Tabelas 7.6, 7.7, 7.8 e 7.9 apresentam os dados disponíveis relativos as internações e outros indicadores para os anos de 87 e 83. As notas explicativas tendem a resolver algumas inconsistências encontradas, embora parte delas seja decorrência da qualidade dos registros. É apresentada a Tabela 7.10 onde se ajusta os procedimentos (termo utilizado para designar uma modalidade de serviço prestado a nível hospitalar privado) realizados na rede hospitalar privada ao CID e apenas para 1987. A nível da rede hospitalar pública não existe consolidação dos registros de diagnóstico.

A verificação das Tabelas mencionadas indica que no período houve uma queda da produção do setor público (cerca de 7,5%) e um aumento da produção do setor privado (cerca de 16%); além disso, observa-se uma nítida preponderância do setor privado que produziu 77% de todas as internações de 1987.

A queda da produção do setor público foi seletiva, na medida em que caiu em todas as clínicas; contudo, as suas internações de urgência aumentaram em 50%. A explicação deste fato repousa na desativação de leitos ocorrida em todos os hospitais públicos e que foi devida à implementação de reformas. Estas, foram fruto do redirecionamento dos investimentos federais, fazendo com que várias delas se iniciassem ao mesmo tempo, após anos de estagnação. De certa forma, isto também explica um crescimento maior do que o esperado das internações de emergência, dada a seletividade da desativação dos leitos para reformas, isto é, o sistema mostrava-se impotente para desativar leitos de urgência,

onde as barreiras contra a demanda são mais difíceis de serem colocadas.

Considerando-se a complexidade do setor público, em particular do HUAP e do HOF - de resto, responsáveis pela grande maioria dos atendimentos - e o fato de trabalhar com patologias mais complexas, as médias de permanência e as taxas de mortalidade são melhores do que as do setor privado, em que pese mostrarem uma importante taxa de morbidade (isto é, boa eficácia e baixa eficiência).

À guisa de complementação da informação, diga-se que o HEAL internou 1988 pacientes em 1983 e 767 pacientes em 1987. O HEGVF internou 310 pacientes em 1983; os valores para 1987, bem como outros indicadores referentes a estes dois hospitais não foram obtidos.

Quadro 7.24 - Capacidade operacional dos hospitais gerais do PN
(inclusive leitos contratados pelo INAMPS) em 1983 e
1987

	Clín. Méd.	Clín. Cir.	Pedi- atria	Gineco/ Obst.	Outras Espec.	Emer- gências	TOTAL
1983							
HUAP	24	11	80	58	236	62	471
HOF	-	54	-	-	-	18	72
HEAL	60	48	-	42	30	-	180
HEGVF	-	-	30	-	-	-	30
CONTRA- TADOS	399	425	116	166	-	-	1106
TOTAL EM 1983	483	538	226	266	266	80	1859
1987							
HUAP	16	33	18	46	188	60	361
HOF	-	51	-	-	-	-	51
HEAL	18	6	-	16	4	-	44
HGVF	-	-	22	-	-	-	22
CONTRA- TADOS	435	358	198	166	-	-	1157
TOTAL EM 1987	469	448	238	228	192	60	1635

Fonte : levantamento de dados

Tabela 7.25 - Número de internações nos hospitais públicos e privados, 1983 e 1987

	Hospitais públicos		Hospitais privados	
	1983	1987(1) (2)	1983	1987
Cl. médica	3.462	1.766	14.256	20.543
Cl. cirúrgica	5.085	3.661	13.814	13.374
Pediatria	495	367	2.330	3.030
Gineco/obstet.	3.805	4.542	8.277	10.359
Psiquiatria	65	1.409	2.731	2.021
Outras especial.	3.077		-	-
TOTAL	15.989	14.868	41.408	49.327

Fonte: Levantamento de dados

(1) Faltam os dados do HEGUF; como seu volume de internações é pequeno, não há grande distorção dos totais.

(2) Os dados do HEAL não estavam discriminados por clínicas; portanto, foram distribuídos entre Gineco/Obstetrícia e Cl. Cirúrgica.

Tabela 7.6 - Indicadores dos hospitais privados contratados de Niterói, 1983

Clínicas	nº de leitos	nº de inter.	média de pac/dia	% ocup.	t. médio perman.	taxa de mortal.
Clín. Médica	319	11.828	228,5	71,66	8,33	5,13
Obstetrícia	166	8.277	73,51	44,28	3,11	0,03
Pediatria	196(1)	4.758	94,79	48,36	7,20	7,17
Cirurgia	425	13.814*	168,87	39,13	4,37	0,67
Psiquiatria	342	2.731	386,36	112,97	61,35	0,2
Total	1.448	41.408				

Fonte: INAMPS, Divisão de Medicina Social Local (Niterói)

Tabela 7.7 - Capacidade e utilização dos hospitais privados contratados de Niterói, 1987

Clínicas	nº de leitos	nº de inter.	média de pac/dia	% ocup.	t.médio perman.	taxa de mortal.
Clín.Médica	435	20.543	417,87	96,28	7,4	6,86
Obstetrícia	166	10.359	77,57	46,73	2,4	0,01
Pediatria	198	3.030	108,51	54,80	13,77	14,46
Cirurgia	358	13.374*	142,62	39,84	3,81	0,97
Psiquiatria	276	2.021	397,58	144,05	146,42	2,67
Total	1.433	49.327				

Fonte: INAMPS, Divisão de Medicina Social Local, Niterói

* Dado estimado com base na média de paciente/dia e no tempo médio de permanência.

Tabela 7.8 - Capacidade e utilização do Hospital Orêncio de Freitas, 1983-1987

Ano	nº de leitos	nº de inter.	média de pac/dia	% ocup.	t.médio perman.	taxa de mortal.
1983(2)	72	1.866	56,54	78,53	10,17	5,55
1987	51(1)	1.514	37,11	72,77	9,03	2,80

Fonte: INAMPS - Divisão de Medicina Social Local

(1) Média de leitos em operação durante o ano

(2) Estimado com base em dados de 6 meses

Tabela 7.9 - Indicadores Hospitalares - HUAP, 1983,1987*

Especificação	Tempo médio permanência		Taxa de ocupação		nºpacientes internados		Taxa global mortalidade	
	83	87	83	87	83	87	83	87
Clín. Médica	8,5	12,1	85,4	50,5	3.462	1.766	7,0	5,6
Clín. Cirúrg.	13,9	13,3	74,1	106,7	1.829	1.607	1,7	6,9
Clín.Gin./Obst.	4,4	6,6	68,5	51,9	3.207	1.315	0,06	0,3
Clín.de Apoio	-	15,1	-	96,9	-	843	-	9,2
Emergência	7,8	0,8	112,5	54,4	3.077	5.280	6,1	8,0
Clín. Pediatr.	17,4	14,1	87,8	82,8	185	367	5,5	6,7
Total	8,1	7,3	84,2	69,3	11.760	11.178	3,2	6,6

Fonte: Hospital Universitário Antonio Pedro.
* Exclui berçário

Tabela 7.10 - Diagnósticos de saída nos hospitais do setor privado contratado, Niterói, 1987 (1)

tipo de causa	crianças	adultos	total*	%
I. DIP	472	862	1.334	3,32
II. Neoplasmas	-	355	364	0,91
III. Doenças end.e metab.	221	1.553	1.774	4,41
IV. D.sangue e org.hematop.	24	130	154	0,38
V. Doenças mentais	-	-	2.108	5,24
VI. D.sis.nerv. e órg.sent.	43	-	6.418	15,97
VII. D.aparelho circulatório	32	6.436	7.855	19,54
VIII. D.aparelho respiratório	1.673	3.481	5.156	12,83
IX. D.aparelho digestivo	44	-	4.152	10,33
X. D.aparelho genito-urinário	136	2.222	4.836	12,03
XI. Comp.Grav. parto e puerpé.	-	1.144	1.144	2,85
XII. D.pele e tec.sub-cutâneo	03	296	300	0,75
XIII. D.sist.musc.-esq.e tec.con.	08	108	3.930	9,78
XIV. Anomalias congênitas	06	-	06	0,01
XV. Afec. orig. perinatal	229	-	229	0,57
XVI. Causas mal definidas	-	552	552	1,37
XVII. Causas externas	48	157	205	0,51
Total	2.939	17.296	40.537	100,00

Fonte: Levantamento de dados

* Inclui dados não discriminados se adultos ou crianças.

(1) Adaptado dos códigos de procedimentos utilizados pelo INAMPS. Este quadro tem distorções próprias do tipo de classificação (procedimentos) do qual foi adaptada, por isto o baixo percentual de neoplasmas, pois a maioria tende a cair na clínica do aparelho afetado (digestivo, respiratório, etc).

7.1.6.1 Atenção e tratamento

As informações disponíveis são incompletas.

Todos os hospitais têm uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar institucionalizada, até por força de regulamentação do MS (Portaria 196/86). Essas Comissões são atuantes no HOF e no HUAP.

O índice de infecção hospitalar institucional do HOF em 1987 foi de 4,5%. A Comissão conta com uma enfermeira em tempo integral e faz reuniões semanais para discussão de casos. O índice é considerado razoavelmente bom em vista do tipo de atendimento (cirurgias gastroenterológicas de médio e grande porte).

Os dados disponíveis para o HUAP referem-se somente ao índice de infecção hospitalar geral. O índice geral em 1987 foi 22,0%, assim distribuídos: clínica cirúrgica - 26,2%; clínica médica - 17,0%; pediatria - 35,2%; ginecologia - 14,1%; e obstetrícia - 4,9%.

Os indicadores relativos aos anos anteriores não foram obtidos.

7.1.6.2 Obstetrícia

A assistência ao parto é uma das dificuldades enfrentadas pelo PN. O número esperado de nascimentos anuais é de 9.000; o número de partos realizados em 1987 foi de 9.333, porém aí se incluem os atendimentos às parturientes dos municípios vizinhos (cerca de 30% no HUAP). Os estudos do PN concluíram que há um deficit de 30 leitos obstétricos em Niterói.

Se utilizarmos os parametros do INAMPS (Portaria 3046/82) - 28 internações/1000 habitantes/ano - esse deficit

é ainda maior, uma vez que, somente para atender a demanda de Niterói, seriam esperados 12.852 partos/ano.

O atendimento ao parto em hospitais públicos (HUAP e HEAL somente) caiu 63% entre 1983 e 1987. (Tabela 7.20)

Tabela 7.20 - Número de partos e proporção de cesáreas nos hospitais de Niterói, 1983 e 1987.

	Total de partos		% de cesáreas	
	1983	1987	1983	1987
HUAP	1.954	721	28,8	24,0
HEAL	598	227	...	...
hospitais privados	...	8.385	...	60,0

Fonte: levantamento de dados no PN

A elevada proporção de operações cesáreas no HUAP é reflexo de sua característica de hospital de grande complexidade, para onde fluem os casos mais graves.

O índice de 60,0% de cesáreas nos hospitais privados é reflexo das distorções do sistema previdenciário, das tendências da atenção obstétrica no Brasil e de um mercado paralelo de demanda por laqueadura de trompas como método contraceptivo (não se deve esquecer que, no Brasil, os programas de planejamento familiar são muito incipientes). Esse índice é bem mais elevado do que a proporção de 39% observada na Região Metropolitana do Rio de Janeiro em 1980 através da "Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios" feita pela Fundação IBGE em 1981.

Além dessas 8.385 internações mencionadas na Tabela 7.20, a rede privada registrou 1.144 casos de complicações da gravidez, parto e puerpério (Tabela 7.10). A informação não é confiável para ser utilizada na obtenção de um índice de "complicações" porque também está sujeita às distorções do sistema de cobrança de contas hospitalares ao INAMPS.

Os dados de partos e nascimentos no HUAP (Tabela 7.11) mostram um aumento da proporção de prematuros e

tendências, dado o pequeno volume de atendimentos e a especialização do hospital.

Nas unidades não há informações disponíveis sobre a mortalidade materna. Os dados agregados para o município (Quadro 4.1) mostram que a taxa de mortalidade materna caiu de 54,4 por 10.000 em 1982 para 38,1 por 10.000 em 1986.

Tabela 7.11 - Partos e Nascimentos no HUAP. 1983 - 1987

	1983	1987
Parto normal	1.392	548
Cesária	562	173
Total de partos	1.954	721
Partos gemelares	-	8
% de cesária	28,8	24,0
% de gemelar	-	1,11
Nascimento a termo	1.590	521
Nascimento pré-termo	322	143
Nascidos mortos	53	55
óbitos no berçário	101	26
% de pré-termo	16,4	19,9
% nascidos mortos	2,7	7,6
% óbitos berçário	5,3	3,8
Total de saídas berçário	1.911	683

Fonte: Levantamento de dados

7.1.6.3 Cirurgia

O HUAP atende nas seguintes especialidades cirúrgicas: geral, ortopédica, plástica, cardiovascular, urológica, torácica, pediátrica, buco-maxilo-facial, neurocirúrgica, oftalmologia, ginecologia, vascular, otorrino. O HEAL, na área de ortopedia e o HOF, na área de cirurgia geral basicamente.

A Tabela 7.21 confronta os dados de cirurgia realizadas em 1983 e 1987 por hospital da rede pública e na rede privada. Nota-se uma tendência muito semelhante àquela

apontada no item 7.1.6., quando da análise geral da área de internação.

O único dado a merecer uma análise destacada é o fato das internações cirúrgicas do setor privado terem caído e o número global de cirurgias também.

A explicação possível para o fato é de que a partir de 1982 o INAMPS passou a controlar com bastante rigor, particularmente a partir de 1986, os procedimentos de alto custo (cirurgia cardíaca, cirurgias ortopédicas, implante de próteses de uma maneira geral); redirecionando seu fluxo para os hospitais públicos. Paralelamente, dois outros fatos ocorreram:

- pressão por parte do INAMPS para reduzir o número de internações na área;

- queda na remuneração do ato cirúrgico, fazendo com que o médico "forçasse" o paciente a não realizar a cirurgia pelo órgão previdenciário e/ou cobrando-lhe uma sobretaxa (ilegal) o que acabou por rechaçar a demanda.

Tabela 7.21 - Cirurgias realizadas na rede pública e privada ligada ao Projeto Niterói nos anos de 1983 e 1987 (1)

	1983	1987
HOF	1.866	1.235
HUAP	5.505	4.337
HEAL	411	89
Total Públicos	7.782	5.661
Rede Privada (2)	14.695	13.965
Total Geral	22.477	19.626

Fonte: Levantamento de dados no PN .

(1) Dados do HGUF não disponíveis.

(2) O número de cirurgias é menor que o número de pacientes cirúrgicos constantes das Tabelas 7.7 e 7.6 devido ao fato de que os pacientes de ginecologia ali estarem agrupados junto com obstetrícia

7.1.6.4 Pediatria.

Dados não disponíveis

Ver Tabelas 5.2, 7.9, 7.6 e 7.7 .

As tabelas acima demonstram o comportamento quantitativo deste setor e revelam o aumento da atividade do setor privado e no setor público o aumento da produção do HUAP (embora sua participação seja pequena no total dos casos). O HGUH, que é o outro hospital do setor público na área de pediatria, não tem disponíveis os dados de internação para 1987.

A Tabela 7.10 apresenta para o setor privado dados discriminados de causas de internação de crianças. Nela se verifica que a causa mais importante é doenças do aparelho respiratório (57% do total de causas). Embora esta deva ser mesmo uma causa importante, provavelmente aqui deve haver internações desnecessárias, processados para obter o pagamento da previdência. A segunda causa de internação são as DIP (16%) e a terceira - afecções originadas no período perinatal (7,7%).

As relações solicitadas no protocolo não foram obtidas, uma vez que estes dados não são coletados e com relação ao controle de qualidade, praticamente nada é realizado. É referência dos responsáveis por esta área dentro do PN que internação em pediatria constitui-se em um ponto fraco do mesmo.

7.1.6.5 Odontologia - a situação encontrada em 1982 era a seguinte:

- a SMS tinha 6 consultórios odontológicos em três UMSs com médio nível de resolutividade;

- as SES mantinha serviços nos CSs e nas escolas estaduais (fruto de convênio entre a SES e a Secretaria Estadual de Educação). Ao todo possuía 7 consultórios. A manutenção de equipamentos e a qualidade dos serviços era baixa, concentrando-se nas extrações;

- os previdenciários tinham atendimento assegurado nos PAMs, para onde drenava a maioria da demanda (19 consultórios);

- O HUAP só oferecia serviços de emergência fazendo extrações;

- a Faculdade de Odontologia oferecia serviços em volume limitado em campus avançado ou intra-muros;

- as escolas municipais não possuíam serviço odontológico preventivo ou curativo;

- o serviço de distribuição de água da cidade já estava aparelhado para fazer a floração da água, mas não o operava.

Em 1982/1983 foi organizado o programa de saúde oral com base num cuidadoso estudo de diagnóstico dos serviços.

Numa primeira fase o plano previu a expansão dos serviços básicos; a partir de 1984 a SMS passou a aparelhar todas as UMSs com uma unidade odontológica; as escolas municipais, também, passaram a contar com serviços de odontologia; os CSs passaram a oferecer serviços de restauração e endodontia; cuidou-se de organizar o sistema de referência.

A partir de 1985 todo o município passou a ser servido por água fluorada.

Com o sistema expandido e melhor organizado houve melhoria da qualidade do leque de serviços - evitando-se o excessivo número de extrações - e aumento da produção de consultas (entre 6% e 10%).

Em 1984 instituiu-se o GT-Saúde Oral e, a partir de 1985, ele concentra esforços sobre as populações escolares e gestantes, privilegiando as ações preventivas, inclusive com o treinamento de professores das escolas estaduais e municipais.

O volume de atendimentos das UMSs do HUAP cresceu significativamente e o dos PAMs decaiu (Tabela 7.24). O perfil qualitativo dos serviços odontológicos melhorou, tendo havido aumento da proporção de restaurações em detrimento das extrações; contudo, não foi possível obter dados quantitativos que suportem essa conclusão.

Tabela 7.24 - atendimentos odontológicos no setor público do PN

	1983	1987
SMS	5.740	17.046
SES	33.631	9.571 (1)
INAMPS	266.220	137.639 (2)
HUAP	2.160	5.889

Fonte: Levantamento de dados no PN

(1) Dado sub-estimado por deficiência do sistema de informações da SES;

(2) aproximado.

7.1.6.6 Serviços de reabilitação

Serviços de fonoaudiologia, fisioterapia e fisioterapia são disponíveis no PAM-Amaral Peixoto. Em 1983 e 1987 o número de atendimentos foi de 17.869 e 19.980, respectivamente.

O AFR é o serviço de reabilitação de maior porte e melhor estruturação no município (ver Capítulo 5, item 5.2.2). Oferece todos os procedimentos de reabilitação para deficientes físicos, exceto para deficientes visuais. Mantém em torno de 1.500 pacientes em tratamento e o volume anual de atendimentos situa-se entre 200.000 e 250.000.

7.1.6.7 Outros serviços

A presença da Faculdade de Medicina e de um hospital universitário permite que em Niterói se tenha acesso a todas as especialidades médicas. Contudo, à exceção da saúde mental e de algumas tentativas isoladas em relação ao atendimento de hipertensos e diabéticos, não há programas estruturados para atendimento de patologias específicas. A assistência à população de adultos dá-se em função da satisfação das necessidades da demanda espontânea; as unidades primárias dispõe de amplas possibilidades de acesso aos especialistas dos PAMs e do HUAP, mas não há normas, manuais de orientação ou qualquer orientação específica abrangente que envolva todas as unidades do PN.

Há iniciativas isoladas de unidades ambulatoriais. Algumas delas realizam trabalhos sistematizados com hipertensos, obesos, desnutridos, etc; contudo, essas programações ficam restritas à unidade, sem que haja um intercâmbio de dados e informações com os outros níveis de atenção.

O HUAP dispõe de um número fixo de leitos para as diversas especialidades, mas suas estatísticas não refletem o número de ingresso de cada especialidade porque são computados por grandes clínicas.

A questão do atendimento psiquiátrico merece destaque quer pela sua magnitude, quer porque representou uma importante iniciativa do PN no sentido de busca de uma solução global.

Um diagnóstico de situação realizado pelo PN em 1984 indicou que:

a) havia insuficiência de oferta de serviços ambulatoriais. A SMS e SES tinham 2 médicos psiquiatras cada uma; o ambulatório de psiquiatria do HUAP não tinha espaço físico próprio e só podia atender após as 16 horas com filas de espera de 3 meses;

b) os tratamentos eram quase exclusivamente medicamentosos;

c) o Hospital de Jurujuba (120 leitos) e os 3 hospitais privados contratados (342 leitos) abrigavam uma população de pacientes cronicados;

d) o Hospital de Jurujuba efetuara somente 65 admissões em 1983 enquanto para os hospitais privados foram encaminhados 2.731 internações;

e) baixa qualidade da assistência e falta de continuidade assistencial;

f) PAMs que não possuíam assistência psiquiátrica costumavam encaminhar, para internação na rede privada, pacientes poliqueixosos, ou com neurose de renda ou com institucionalismo, funcionando como uma "válvula de escape" para as medidas que visavam a conter o uso abusivo e desnecessário das hospitalizações psiquiátricas;

g) ausência de serviços de emergência psiquiátrica.

Em 1984 o GT-Saúde Mental do PN apresentou um ambicioso plano que visava reverter essa tendência hospitalocêntrica e melhorar a qualidade da assistência. As principais estratégias eram:

1. estabelecer uma "central de controle de vagas" situada no CPN a qual teria integral responsabilidade pela emissão de autorizações de internação;
2. organizar no CPN um serviço de emergência psiquiátrica com pré-internação, para permanência de até 72 horas;
3. ampliar a oferta de serviços ambulatoriais com a criação de ambulatórios psiquiátricos descentralizados e contratação de mais profissionais para as unidades primárias e para o Hospital Estadual de Jurujuba;
4. monitorar o volume de internações e exercer ações de controle sobre a assistência hospitalar;
5. implantar ações de supervisão clínica e programática para as unidades primárias;
6. maior utilização do Hospital de Jurujuba.

Os dois primeiros pontos do plano chegaram a ser iniciados em 1985 e, de imediato, observou-se uma queda no número de internações. Contudo, dificuldades para a contratação do pessoal necessário ao pleno e adequado funcionamento do serviço de pré-internação fizeram com que ele fosse desativado após alguns meses da experiência. O GT concluiu que o INAMPS só estava primariamente interessado na redução dos custos decorrentes de internações e que, tanto a SMS como a SES e o HUAP não tinham interesse no plano.

Passados dois anos, pouco restou do esforço. Ainda estão em funcionamento o serviço de emergência psiquiátrica do CPN (sem regime de pré-internação) e alguma atividade de supervisão aos psicólogos das UMSs realizada por um médico psiquiatra em meio período. O sistema de monitoramento do volume de internações foi desativado. Restou - provavelmente por empenho da diretoria do Hospital - a melhoria do desempenho do Hospital Estadual de Jurujuba; em 1987 ele recebeu 1.409 internações (21 vezes mais do que em 1983), enquanto na rede privada o número de leitos contratados caiu para 276 (20% de queda em relação a 1983) e o número de internações caiu para 2.021 (26% de queda).

7.2 SERVIÇOS PREVENTIVOS E DE PROMOÇÃO

7.2.1 Sistema de Vigilância Epidemiológica

A reorganização do sistema de vigilância epidemiológica (SVE) foi um dos avanços importantes do PN.

Até 1982 o SVE estava interinamente a cargo da SES. Os CSs localizados no município tinham a responsabilidade de:

- reunir as notificações de doenças transmissíveis e enviá-las ao nível central da SES;
- executar as ações de bloqueio;
- coordenar as ações de vacinações no município.

As 6 UMSs, até então existentes, aplicavam vacinas, mas tinham papel restrito nas ações de bloqueio (aquela altura, suas ações estavam mais direcionadas para o pronto-atendimento da demanda).

A análise das informações epidemiológicas reunidas na sede da SES não retornavam regularmente ao município. Ou seja, os CSs reuniam as informações mas não as analisavam; por sua vez, a SES as analisava mas não retro-alimentava os CSs. Segundo diversas opiniões, a SES sequer tinha condições de analisar os mapas. Portanto, o SVE tornava-se, ineficiente.

A partir de julho de 1985 o PN toma iniciativas que tendem a trazer a responsabilidade pelo sistema para o próprio município. Organizou um GT de Vigilância Epidemiológica aproveitando epidemiologistas que mantinham vínculo duplo com a SMS e o setor central de epidemiologia da SES. Em entendimento com a SES e CSs conseguiu que os mapas epidemiológicos passassem a ser enviados também à SE do PN.

De posse de informações mais atualizadas e analisadas pelo próprio PN, o sistema adquire maior agilidade; as UPs passaram a receber maior retorno e autonomia para executar ações de bloqueio orientadas por epidemiologistas sediados no município.

Algumas inovações foram introduzidas:

- a produção de um "Informe Epidemiológico" mensal distribuído à rede;
- a motivação e supervisão para o preenchimento adequado de notificações.

O resultado mais marcante foi o aumento de casos notificados de 800/ano em 1985 para 4.000/ano em 1987 (excluídas as notificações do dengue). Esse aumento deve-se principalmente à melhoria da notificação de casos de diarreia e hepatite.

Além de maior agilidade das ações de bloqueio e da significativa melhora da informação disponível para uso da SMS, das UPs e do PN, o GT-VE realizou inquéritos em escolares para determinação da soro-positividade para dengue.

7.2.2 Imunizações

O esquema de vacinações adotado é aquele estabelecido pela SES. As vacinas aplicadas de rotina e em campanhas são:

1. BCG intradérmico
 - . Uma única dose quando a criança completa um mês de vida ou quando ultrapassa 2,5 kg de peso;
 - . Crianças de até 14 anos podem ser vacinadas caso não o tenham sido no 1º ano de vida.
2. Sabin (antipólio)
 - . De rotina (aos 2, 4 e 6 meses de vida);
 - . a qualquer momento, caso não tenham sido vacinadas anteriormente;
 - . durante a campanha nacional anual de vacinação antipólio todas as crianças de até 5 anos de idade recebem a vacina em duas etapas;
 - . 1º reforço um ano após a última dose;
 - . 2º reforço três anos após o 1º reforço.
3. DPT (difteria/pertusses/tétano)
 - . De rotina três doses (aos 2, 4 e 6 meses);
 - . 1º reforço, um ano após a última dose;
 - . 2º reforço três anos após o 1º reforço.
4. Sarampo
 - . De rotina, aos 9 meses de idade;
 - . de 12 meses até os 4 anos de idade durante as campanhas nacionais anuais de vacinação (em conjunto com a pólio).
5. VAT (vacinação anti-tetânica)
 - . aos 10 anos de idade;
 - . reforços a cada 10 anos.

No Brasil não há vacinação de rotina contra rubéola, cachumba, hepatite e meningites meningocócicas nos serviços públicos. Em situações excepcionais, estas vacinas estão disponíveis em hospitais.

Todo controle de vacinação é feito diretamente pela SES. A atividade de vacinação em relação ao pólio tem sido realizada via campanhas em, pelo menos, duas etapas anuais. Os índices de cobertura estão super-estimados por problemas já referidos no capítulo 3.

As vacinas são distribuídas através da SES às unidades através dos mapas de solicitação e vão às unidades estaduais e destas às municipais. Nas unidades municipais não é realizado o BCG-ID devido a problemas de treinamento do pessoal. Com relação ao controle da rede de frio, sua manutenção não é satisfatória, consertos são demorados e são utilizadas apenas geladeiras comuns onde a temperatura não é monitorada adequadamente.

Com relação aos indicadores de eficácia, os utilizados são os oriundos do sistema de notificação de Doenças Transmissíveis, inclusive estas preveníveis por vacinação. Os dados são apresentados nas Tabelas 7.12 e 7.13 e sua discussão é apresentada no Capítulo 4.

Tabela 7.12 - Evolução das ações de controle de pólio em Niterói, 1980, 1982 e 1986

Anos	Etapas	Menores de 1 ano		1 a 4 anos	
		nº doses	% cobert.	nº de doses	% cobert.
1980	1º	8.584	107	35.487	119
	2º	8.155	102	35.369	119
1982	1º	8.112	97	31.534	102
	2º	8.673	104	33.646	109
1986	1º	7.689	85	33.025	98
	2º	6.961	77	3.206	96

Fonte: Departamento Geral de Epidemiologia e Controle de Doenças - SES/RJ

Tabela 7.13 - Doses aplicadas e percentual de cobertura vacinal, em menores de 1 ano, na rotina das unidades de saúde de 1980, 1982 e 1986

	1980		1982		1986(1)	
	nº doses aplicadas	% de cober.	nº doses aplicadas	% de cober.	nº doses aplicadas	% de cober.
Antísarampo	9.162	114	9.570	115	3.085	68
Antipólio	12.762	159	7.064	84	3.446	76
Tríplice	11.483	143	8.959	107	3.681	81
BCG-ID(2)	14.453	163	11.715	128	4.996	100

Fonte: Departamento Geral de Epidemiologia e Controle de Doenças SES/RJ

(1) - dados de janeiro a junho

(2) - estimativa de nascidos vivos: somados 10% aos menores de 1 ano

7.2.3 - Assistência pré-natal

Programas de assistência pré-natal são feitos em todos os níveis hierárquicos do sistema, priorizando-se o direcionamento da demanda às UPs; contudo, não dispomos de dados sobre a proporção desses atendimentos nos diversos níveis do sistema. O volume de atendimentos (Tabela 7.19) mostra crescimento insignificante entre 1983 e 1987. Por outro lado, a maior parte da demanda ao setor privado deslocou-se para o setor público.

Tabela 7.19 - Atendimentos ambulatoriais em obstetrícia no setor público e privado, Niterói, 1983 e 1987

	1983	1987
setor público	39.756	52.323
setor privado	19.114	7.708
Total	58.870	60.031

Fonte: Levantamento de dados

Nos programas de assistência pré-natal não são compilados os dados sobre época de gestação em que ocorre a matrícula no programa. Só bem recentemente a SMS implantou a HCPS (História Clínica Perinatal Simplificada) nas UMSs, mas ainda não computou as informações obtidas.

7.2.4 - Planejamento familiar

Dados não disponíveis, embora no momento o PN esteja apresentando um projeto de Planejamento Familiar ao Ministério da Saúde para buscar financiamento.

7.2.5 Participação da comunidade

Há dois grupos importantes a considerar: o de provedores e o de usuários.

A participação dos provedores dá-se de forma limitada. Desde 1.986 um representante da Associação Médica Fluminense em Niterói e um representante do Sindicato dos Médicos de Niterói têm assento na CEL com direito a voto. Outras categorias profissionais não estão representadas.

A participação restringe-se aos processos de tomada de decisão a nível da CEL. Não há iniciativas das entidades médicas no sentido de participar voluntariamente de programações ou de divulgar o PN. A participação voluntária de profissionais é limitada a umas poucas unidades primárias que, não coincidentemente, são as que apresentam melhor desempenho.

A participação dos usuários dá-se em dois níveis. A nível central é formal e traduz-se na participação de um representante da FAMNIT (Federação das Associações de Moradores de Niterói) nas reuniões da CEL, com direito a voto. Esta Federação foi criada em 1983 para juntar os esforços e ampliar a representatividade das diversas Associações de Moradores do Município (AM). Desde o início, convidaram membros da SE do PN para participar das suas discussões sobre saúde; o bom relacionamento aí estabelecido fez surgir o convite para que participassem das reuniões da CEL (a princípio, sem direito a voto) para que colaborassem nas discussões. A FAMNIT é um ponto de confluência das demandas dos bairros de classe baixa e pobre. Entre as demandas prioritárias dessas populações, segundo a opinião de um dirigente, a saúde situa-se em quinto lugar, após os problemas de moradia, transporte, educação e alimentação.

A responsabilidade do representante da FAMNIT é de trazer à CEL ou à SE as demandas das AMs em relação aos problemas detectados no atendimento e, em contrapartida, divulgar os planos e programas do PN junto aos associados, estimulando-os a colaborar com os mesmos. Assim, nas campanhas anuais de vacinação, as AMs participam na distribuição e afixação de cartazes e mensagens de convocação.

As AMs também orientam a população sobre o uso racional dos serviços, auxiliando aqueles que encontram dificuldades. Aliás, na opinião do dirigente, esta atividade de receber queixas e influir junto aos serviços para facilitar o atendimento é das que demandam boa parte do tempo e que reforçam uma relação paternalista entre as AMs e os moradores do bairro; muitas pessoas não veem a AM como um verdadeiro foro de ajuda mútua, mas, como uma entidade

que - inclusive pelas suas vinculações políticas - pode ajudá-las a resolver problemas pessoais.

Uma das iniciativas de maior repercussão da FAMNIT foi a promoção de uma mobilização popular para evitar o fechamento temporário do HEAL em 1985. Àquela ocasião (como agora) os pareceres técnicos recomendavam que o hospital fosse inteiramente reformado e, para tanto, fosse temporariamente fechado; temerosos de que esse fechamento viesse a ser definitivo, funcionários do hospital e AMs aliaram-se para pressionar as autoridades e conseguiram que a decisão não fosse tomada.

Afora este canal institucional estabelecido, a participação popular na gerência e execução das programações do PN é restrita. A nível dos hospitais e PAMs nada há de significativo. As iniciativas de envolvimento de comunidades existem, principalmente nas UMSs e, secundariamente nos CSs e PSs.

A maioria das UMSs mantêm um bom vínculo com a comunidade servida, o qual é reforçado pelas reuniões com representantes das AMs; nessas reuniões são discutidos os problemas inerentes ao atendimento e o papel da AM na disseminação de práticas de auto-cuidado. As AMs mais ativas costumam convidar o pessoal técnico da UMS para palestras e discussões com os associados. Com raríssimas exceções, não há trabalho voluntário.

Isto, contudo, não deve ser entendido como uma alienação da população em relação aos seus serviços de saúde e sim, como um reflexo de padrões culturais urbanos brasileiros, país onde o trabalho voluntário junto a entidades públicas não é habitual. Os fatos de que os edifícios nunca sofreram atos de vandalismo (depredações, invasões), apesar de abrigarem valores (alimentos, medicamentos psicotrópicos, mobiliário e equipamentos) e de não terem esquema de segurança noturna são apontados como evidência do bom relacionamento das comunidades com as UMSs.

Quanto ao grau de satisfação e conhecimento do programa, também é importante considerar as populações de provedores e usuários.

Apesar de a maioria dos profissionais do setor saúde de Niterói trabalhar em uma das instituições vinculadas ao PN, ainda é muito grande o número daqueles que desconhecem os objetivos e, principalmente, os mecanismos operativos do projeto. Este desconhecimento é particularmente evidente entre médicos e funcionários administrativos dos hospitais e PAMs; o contrário se dá nas unidades primárias, onde o conhecimento e envolvimento dos funcionários é bom. Isto tem gerado grande número de

problemas para o fluxo adequado das referências e contra-referências e para o redirecionamento da clientela.

Em relação ao grau de satisfação e conhecimento dos usuários, o inquérito populacional revelou que:

1. em 90% dos domicílios o entrevistado conhecia corretamente a localização da unidade primária que atende o seu bairro; 6% nomearam uma unidade do bairro vizinho e 3% desconheciam o serviço público de saúde;

2. em 97% dos domicílios o entrevistado sabia que qualquer pessoa pode ter acesso ao serviço de saúde independente de vínculo previdenciário;

3. em 91% dos domicílios o entrevistado nomeou corretamente as situações em que se deve procurar a unidade primária, o hospital ou o pronto-socorro;

4. os entrevistados veem a unidade primária como o local para atendimento de "doenças não graves" e para vacinações;

5. os motivos porque já procuraram o serviço de saúde do seu bairro são: consulta com o clínico geral (50%), vacinações (27%) e consultas especializadas (11%). Em 19% dos domicílios ninguém nunca havia buscado atendimento na unidade primária do bairro;

6. o grau de satisfação com as instalações, funcionários, médicos e a qualidade do atendimento nas unidades primárias é excelente (Tabelas 7.14 a 7.17) entre aqueles aqueles que já utilizaram os serviços.

Tabela 7.14 - Grau de satisfação com as condições de limpeza e conservação da unidade de saúde.

	Proporção de respostas			
	Muito bom	Bom	Regular	Ruim
UMS-1	6,8	79,5	11,4	2,3
PS Vizela	21,0	36,8	42,1	-
UMS-3	41,2	47,0	5,9	5,9
UMS-7	13,6	81,8	4,5	-
UMS-9	14,3	66,7	19,0	-
UMS-11	11,9	66,7	11,9	9,5
Total (N=203)	13,2	63,4	18,1	4,4

Fonte: Inquérito populacional

Tabela 7.15 - Grau de satisfação com a atenção dispensada pelos funcionários em geral na unidade de saúde

	Proporção de respostas			
	Muito bom	Bom	Regular	Ruim
UMS-1	8,9	75,5	15,5	-
PS Vizela	31,6	42,1	15,8	10,5
UMS-3	47,0	53,0	-	-
UMS-7	17,4	73,9	4,3	4,3
UMS-9	23,8	71,4	4,8	-
UMS-11	23,8	59,5	14,3	2,4
TOTAL (N=205)	21,5	62,0	13,6	3,4

Fonte: Inquérito populacional

Tabela 7.16 - Grau de satisfação com a atenção dispensada pelos médicos da unidade de saúde

	Proporção de respostas			
	Muito bom	Bom	Regular	Ruim
UMS-1	6,7	84,4	6,7	2,2
PS Vizela	35,3	47,1	11,8	5,9
UMS-3	52,9	35,3	-	11,8
UMS-7	30,4	56,5	13,0	-
UMS-9	42,9	57,1	-	-
UMS-11	40,0	50,0	10,0	-
Total (N=200)	30,0	57,0	9,7	3,5

Fonte: Inquérito populacional

Tabela 7.17 - Grau de satisfação com a qualidade e resolutividade do tratamento médico recebido na unidade de saúde

	Proporção de respostas			
	Muito bom	Bom	Regular	Ruim
UMS-1	11,4	72,7	13,6	2,3
PS Vizela	36,8	47,4	10,5	5,3
UMS-3	47,0	23,5	17,6	11,8
UMS-7	18,2	72,7	9,1	-
UMS-9	23,8	76,2	-	-
UMS-11	30,0	55,0	12,5	2,5
Total (N=200)	23,0	61,0	11,0	5,0

Fonte: Inquérito populacional.

As proporções de opiniões favoráveis ("Muito Bom" e "Bom") foram sempre superiores a 80%, exceto em relação ao aspecto de conservação e limpeza das instalações físicas, onde atingiram 76% de respostas favoráveis. Por outro lado, chama a atenção a baixíssima proporção de opiniões claramente desfavoráveis ("Ruim"), nunca superior a 5% dos entrevistados.

Apesar do número relativamente pequeno (15) de opiniões de usuários das unidades de nível secundário e terciário chamam a atenção as proporções bem menores de opiniões favoráveis (Tabela 7.18). A proporção de opiniões claramente desfavoráveis está em torno de 20%, enquanto as proporções de opiniões favoráveis variam de 33,3 a 60%.

Tabela 7.18 - Grau de satisfação dos usuários em relação a aspectos das unidades de nível secundário e terciário, 1988

	Proporção de respostas			
	Muito bom	Bom	Regular	Ruim
A. limpeza e conservação das instalações (N=15)	13,3	20,0	46,7	20,0
B. atendimento dos funcionários (N=15)	20,0	46,7	13,3	20,0
C. atendimento dos médicos (N=15)	26,7	33,3	20,0	20,0
D. qualidade e resolutividade do tratamento (N=14)	21,4	35,7	21,4	21,4

Fonte: Inquérito populacional

Entre 44 famílias que disseram não utilizar os serviços públicos, 16 alegaram que preferem procurar médicos particulares, 8 consideraram precária a qualidade dos serviços públicos, 4 usam serviços de previdência fechada, 2 usam serviços de medicina de grupo ou desconhecem os serviços públicos e 17 alegaram outros motivos (total de 49 opiniões). Ve-se que a rejeição à qualidade dos serviços públicos é bastante pequena entre o universo de entrevistados (3,3%).

7. em apenas 37,5% dos domicílios há alguém que participa de associações da comunidade, principalmente de AMs (68%). Entre os frequentadores, pouco mais da metade afirma que nas reuniões das associações são discutidos assuntos relativos à saúde. Os assuntos são muito variados, com destaque para problemas de saneamento (40%) e orientação sobre doenças (33%); há apenas 3 referências sobre discussões acerca das condições de atendimento nos serviços de saúde.

8. os entrevistados são de opinião que, quando insatisfeitos com as condições de atendimento, deveriam reclamar diretamente com o diretor do serviço (35%), ou através das AMs (23%) ou, simplesmente, não reclamar (20%).

9. 55% das famílias creem que essa manifestação pode contribuir para melhorar os serviços; 32% não acreditam nessa possibilidade; e 13% não sabem prever qual seria o resultado.

Na opinião do representante da FAMNIT, o PN significou importante avanço em termos de satisfação da população com os serviços públicos de saúde.

Entre os pontos positivos, ele indica:

a) a participação da comunidade em discussões com a equipe das unidades primárias sobre problemas de saúde e sobre o funcionamento dos serviços;

b) a participação da FAMNIT nas discussões sobre o planejamento de programas;

c) a "abertura das portas dos serviços de saúde" a toda a população.

Entre as dificuldades ainda existentes, lista:

a) a deficiência de alguns programas por falta de profissionais em número suficiente (saúde oral, por exemplo);

b) a necessidade de sempre enfrentar filas porque os médicos dos PAMs não marcam data certa para o retorno à consulta;

c) a precariedade e dificuldades para os atendimentos noturnos de urgência.

7.3 SERVIÇOS DE APOIO

7.3.1 Laboratório, Transfusão de Sangue, Patologia e Radiologia

Além dos dados qualitativos dispostos no Capítulo 5, poucos são os dados quantitativos que se poderá registrar aqui, por problemas de não serem consolidados e/ou coletados. Nenhum dos dados adiante apresentados referem-se a hospitais por essa razão.

Dados relativos à transfusão de sangue também não estão disponíveis. Todos os hospitais públicos da cidade são abastecidos pelo Hemocentro da SES-RJ e estes hospitais apenas participam do processo de coleta e dispõe de uma agência transfusional. A qualidade do sangue é referida como

sendo boa, sendo raro os acidentes; porém, o serviço tem uma logística ruim.

Os dados de anatomia patológica (citologia oncológica, papanicolau e baciloscopia) não estavam disponíveis com relação a exames laboratoriais. A Tabela 7.22 apresenta para o ano de 1988 a composição dos exames entre os prestadores. O dado de 1982 esteve disponível, porém como a forma de registro foi alterada os números são muito discrepantes e optou-se por não utilizá-los. A destacar a importância do setor público nessa área.

Tabela 7.22 - Número de exames laboratoriais realizados no PN por tipo de prestador em 1988 (1)

Tipo de prestador	Privado	Público	Total
exames de laboratório	74.970	733.490	808.460

Fonte:

(1) Dados do 1º semestre de 1988 extrapolados para 1 ano

A Tabela 7.23 apresenta os dados de produção radiológica.

Tabela 7.23 - Número de exames radiológicos por tipo de prestador realizados no PN nos anos de 1982 e 1988

	1982	1988 (1)
Setor público	18.430	113.964
Setor privado		
. Exames radiológicos	47.018	53.422
. Tomografias Computadorizadas (2)	-	1.490
Total	65.448	168.876

Fonte:

(1) Dados referentes ao 1º semestre de 1988 e extrapolados para 1 ano.

(2) A rede pública não dispõe de tomógrafo computadorizado.

Estes dados revelam uma importante inversão da tendência que se observa em 1982 a despeito de o setor privado ter crescido também no período. Também merece realce que no período a oferta cresceu 3 vezes, o que deve ter significado para resolutividade da rede.

7.3.2 Farmácia

Os medicamentos são distribuídos por uma Central Estadual às unidades do estado e INAMPS a partir de programações que estas unidades enviam ao nível Central. A Central e o HUAP realizam programações anuais e recebem os medicamentos através da CEME - Central de Medicamentos (órgão Federal que produz e distribui medicamentos e está ligado ao Ministério da Saúde).

Os CSs os PAMs Amaral Peixoto e CPN dispõe de farmácias de distribuição de uma lista de cerca de 50 drogas (farmácia básica) que são entregues sem ônus a população. Estima-se em cerca de 40% a demanda reprimida devido ao fluxo de entregas (atrasos e cancelamentos na entrega).

A lista de medicamentos na linha hospitalar trabalha com cerca de 350 medicamentos e embora atenda a maioria das necessidades, padece também de problemas de distribuição por parte da CEME. Os hospitais mais complexos - HUAP e HOF utilizam uma Relação Auxiliar de Medicamentos que são comprados diretamente no mercado, também compram os medicamentos não entregues pelo CEME, embora não tenham dados para estimar esta falta.

Em todas as instituições a sistemática de controle de estoques não é utilizado. Trabalha-se com uma política de suprir o consumo e não uma política de compra para repor estoques que devem fazer frente às necessidades de consumo.

As UNSSs trabalham de uma forma mais irregular ainda, apesar de, a partir de 1987, estarem sendo abastecidas via CEME e estado. As unidades tem utilizado parte dos recursos referidos no capítulo 6 para compra de medicamentos para distribuição e ou uso em casos mais urgentes.

CAPÍTULO 8

EDUCAÇÃO

A discussão dos aspectos educacionais deve levar em conta um aspecto fundamental: O PN não é, nem se propõe ser, um projeto de integração docente-assistencial.

Ao traçar a história do setor saúde de Niterói nas duas últimas décadas, identificam-se importantes aspectos educacionais ligados às iniciativas de integração docente-assistencial da UFF, assim como o componente educacional do PN em si. Contudo, deve ficar claro que as atividades educacionais junto ao PN são, não mais do que um dos seus componentes e tem caráter de objetivo intermediário para o projeto como um todo, ao mesmo tempo em que são o objetivo final de uma das instituições participantes.

8.1 Educação em Saúde

8.1.1 Educação da comunidade

Anteriormente à implantação do PN identificamos diversas iniciativas da UFF voltadas para a IDA e que englobavam atividades de educação para a saúde:

a) em 1973-1974, quando o Departamento de Saúde da Comunidade atuava no bairro do Fonseca (convênio com a Fundação Leão XIII), desenvolvia atividades de educação de mães voltadas para a higiene da criança (práticas de higiene, alimentação e vacinações);

b) entre 1976 e 1979 o PISMI desenvolveu práticas de educação da comunidade voltadas para os usuários do programa na "sala de triagem" do HUAP e nos "fronts" de trabalho que iam sendo implantados no município. Essas

práticas, baseadas em reuniões de grupos, voltou-se também para a saúde materno-infantil: higiene, alimentação, vacinações, prevenção de câncer ginecológico;

c) entre 1979 e 1982, o PIDAS prosseguiu nesse linha de trabalho;

d) desde 1978 os alunos do curso de Nutrição da UFF fazem estágio de campo supervisionado (em CSs, UMSs e no ambulatório do HUAP), sendo, uma de suas tarefas, a orientação nutricional de gestantes e nutrízes;

e) desde 1972, as alunas do curso de habilitação em Enfermagem de Saúde Pública da UFF também têm tarefas de educação para a saúde durante seu estágio de campo supervisionado. Estas atividades estiveram englobadas no PISMI e no PIDAS enquanto estes projetos existiram; atualmente são independentes.

Estas iniciativas dos cursos da UFF guardaram características de independência, de isolamento entre si e de abrangência limitada, exceto durante a vigência do PISMI e do PIDAS, quando se buscou a multidisciplinariedade do planejamento e execução dos treinamentos.

Do lado dos serviços, antes do PN a SMS foi a única instituição que havia tomado a sério esta empreitada. Um dos pontos importantes do Plano de Ação de 1977 era o componente de educação da comunidade. Conforme as UMSs foram sendo implantadas, a equipe iniciava, imediatamente, um plano de envolvimento da comunidade, o qual incluía as atividades de educação voltadas, fundamentalmente, para a saúde materno-infantil. Além de palestras abertas à população e grupos de gestantes e mães, foram feitos treinamentos para a formação de agentes de saúde; em cada ciclo de treinamento preparavam-se 30 pessoas, dentre as quais escolhia-se 4 que eram contratadas como agentes de saúde; entre outras responsabilidades, elas eram multiplicadoras das práticas educativas. Com a mudança do governo municipal, em 1983, cessaram as contratações de agentes de saúde.

A educação da comunidade é um dos objetivos importantes do PN. Nesse sentido, todas as UPs e mais os CSs e o PAM-Engenhoca têm atividades educativas. Não há uma metodologia uniforme. Cada unidade desenvolve-a de acordo com as suas possibilidades, apenas seguindo o princípio geral de transmitir conhecimentos sobre práticas de saúde materno-infantil e de adultos e sobre utilização dos serviços a grupos da comunidade.

Neste sentido, o relacionamento com as ABs têm sido importante. Através delas que a UP faz os contatos e

estabelece o programa de palestras; de forma geral, essas palestras são feitas na sede da AM.

A educação através de métodos visuais (cartazes) é utilizada restritamente. Utilizam material preparado na UP ou aquele enviado pelos órgãos federais e estaduais. Não há folhetos ou cartazes impressos produzidos pelo PN. Aliás, isso é apontado como uma falha que limita o conhecimento da população em relação ao que é o PN e como utilizar os serviços; muitos sugerem que dever-se-ia produzir um folheto a ser distribuído nos PAMs e UPs orientando a população sobre a universalização da assistência, a utilização de serviços de referência, etc.

A SE do PN não monitora as atividades de educação para a comunidade, nem exerce controle sobre as unidades. Não há informações centralizadas sobre o volume dessas atividades e o grau de cobertura da população.

8.1.2 Capacitação de pessoal

A capacitação do pessoal operacional está incluída entre os princípios do PN. As atividades educativas visaram três objetivos fundamentais:

- a) melhorar a capacidade gerencial dos chefes de unidades;
- b) divulgar as normas e procedimentos do projeto;
- c) melhorar a capacitação técnica dos profissionais, visando o êxito dos programas.

Para atingir esses objetivos utilizaram-se as estruturas da UFF, das próprias unidades e da SE do PN.

a) Capacitação para gerência

A base desse programa foram os três cursos de Administração da Saúde ministrados pela PIDAS entre 1983 e 1985 com os recursos da Fundação Kellogg. Cada curso ofereceu 25 vagas abertas à todas as instituições; contudo, cerca de 95% dos alunos eram profissionais das unidades participantes do PN. Do primeiro curso (1983) participaram todos os chefes de UHSs de então.

Desde 1985, muitas chefias de UPs foram mudadas de forma que, hoje em dia, são poucos os chefes que possuem

formação em gerência de serviços de saúde. Grande parte daqueles originalmente treinados ocuparam posições de comando em órgãos centrais das instituições.

b) Divulgação de normas e procedimentos

A primeira iniciativa do PN foi a divulgação do ideário do projeto e das novas normas e procedimentos, junto a todas as unidades do sistema. Nesse sentido, houve um trabalho intenso e cuidadoso do GT-Supervisão Operacional que visitava regularmente todas as unidades para orientar todo o pessoal acerca dos procedimentos de registro e encaminhamento de pacientes, preenchimento dos boletins de informação, etc. Foram elaborados manuais de orientação para preenchimento de mapas estatísticos.

Esse GT foi um importante elo de ligação entre a CEL e as unidades; detectava as dificuldades de operacionalização das decisões e retro-alimentava a CEL para que se corrigisse o curso das ações.

Em 1985, o GT entra em crise e, em 1986, é dissolvido. Desde então, não existe mais esse trabalho de divulgação e orientação. Hoje em dia, sente-se tremendamente a falta dessa atividade. Tanto da parte de funcionários, como de chefias e da coordenação, há queixas de que não se faz adequadamente o encaminhamento de pacientes no sistema; os reflexos são sentidos agudamente na referência e contra-referência de pacientes.

Em 1988, a diretoria do PAM-CPN, diante dos múltiplos problemas, decidiu investir novamente sobre esses aspectos. Através do seu Centro de Estudos treinou 50 funcionários técnicos e administrativos - principalmente do próprio CPN - sobre procedimentos de registro e referência de pacientes. Ademais, imprimiu (em julho de 1988) um manual de orientação sobre os serviços oferecidos pelo CPN.

Uma grande parte das dificuldades de integração está no HUAP. No entanto, o GT Supervisão Operacional conseguiu pouca penetração naquela instituição e, até hoje, pouco foi feito para orientar o pessoal.

c) Treinamento técnico

Este trabalho está, em parte, a cargo dos GTs da SE e, em parte, a cargo das diversas unidades do PN.

Os GTs que mantêm ou mantiveram programação de treinamento de pessoal são:

• Saúde da Mulher - trabalho bastante ativo através das "Oficinas de Saúde da Mulher", de uma semana de duração. Treinaram cerca de 200 técnicos de nível médio e superior;

• Saúde da Criança - realiza treinamentos sobre a utilização do cartão de saúde da criança, vacinações e suplementação alimentar. Não tem informações sobre o número de pessoas treinadas;

• Saúde Mental - entre 1984 e 1985 foi bastante ativo com vistas à implantação do novo programa de Saúde Mental; hoje em dia, restringe-se à supervisão dos psicólogos das UMSs (1 supervisor em meio período);

• Vigilância Epidemiológica - treinamento contínuo de pessoal técnico e auxiliar.

Contudo, o maior volume de atividades de capacitação técnica dá-se a nível dos Centros de Estudos, formal ou informalmente existentes em todas as unidades do sistema.

Afora o HUAP - obviamente ativo por se tratar de hospital universitário - destacam-se as atividades dos Centros de Estudos do HOF, do PAM-CPN, do PAM-Engenhoca e do Subposto Caramujo, pelo volume e qualidade de reuniões clínicas, seminários, etc. Com raras exceções, as demais unidades mantem reuniões clínicas regulares para pessoal de nível superior.

A disponibilidade de bibliotecas é muito pequena. Algumas unidades possuem pequeno acervo de livros técnicos. O único agrande acervo está localizado na Universidade.

Observa-se que a maior parte das atividades de capacitação técnica está dirigida ao pessoal técnico de nível superior. Pouca atenção é dada ao treinamento formal de funcionários de nível médio e elementar.

A UFF não chega a desempenhar o papel de grande irradiador de conhecimentos, como teria condições de fazer. A divulgação de seus cursos, seminários e reuniões é pequena junto aos serviços e, portanto, esse seu potencial fica restrito aos muros do hospital.

8.2 Centro Educacionais Conveniados

Desde 1970, a UFF tomou iniciativas de utilizar modelos de integração docente-assistencial onde o Departamento de Saúde da Comunidade jogou um papel importante. Até 1973 a Faculdade de Medicina utilizava um CS em São Gonçalo. As dificuldades criadas pela distância levaram-na a fazer convênio com a Fundação Leão XIII para utilizar o CS do Bairro do Fonseca, em 1974. Essas duas experiências estiveram a cargo do Departamento de Saúde da Comunidade.

Dois projetos posteriores tiveram maior significado, na medida em que buscaram envolvimento de vários departamentos da Universidade e a multidisciplinaridade;

a) o Projeto Integrado de Saúde Materno-Infantil (PISMI) surgido em 1976 com o apóio financeiro da Kellogg Foundation (US\$. . . .). As bases desse programa eram:

- . a criação de uma unidade de triagem ("sala 149") no HUAP para onde convergiam os pacientes referidos pelos CSs (e, a partir de 1978, também pelas UMSs);

- . a operação de duas unidades móveis (ônibus) que atendiam as populações periféricas, principalmente, nos locais onde estava planejada a construção de uma nova UMS;

- . a integração com os planos da SMS.

O PISMI atingiu os seus objetivos de treinamento e favoreceu uma integração entre os Departamento de Saúde Materno-Infantil e Saúde da Comunidade. Gerou um desejo de prosseguir e, ampliar esse tipo de trabalho; assim, em 1982, surgiu o PIDAS;

b) o Programa de Integração Docente-Assistencial na Área de Saúde (PIDAS). Este projeto inicia-se formalmente em 1980, mas só adquire impulso a partir de 1982 quando recebe um grant de US\$364,000 da Fundação Kellogg com 4 anos de duração.

Na sua essência, o PIDAS foi uma ampliação do PISMI; as ações não se concentravam somente sobre a saúde materno-infantil; mais departamentos e Faculdades da Universidade foram envolvidos e as atividades de IDA já existentes passaram a ter um trabalho mais coordenado.

Com o surgimento do PN, o PIDAS sofre um refluxo; o trabalho que se fazia, em termos de redirecionamento da clientela e do treinamento em serviço, fica a cargo da estrutura do PN. O PIDAS passou a dedicar-se ao treinamento de pessoal para a gerência de serviços de saúde. Hoje em

dia, a existência de um parceiro como a UFF empresta ao PN uma característica peculiar. Não se pode falar, propriamente, de um "centro conveniado", mas sim, de uma grande instituição que, através do seu hospital, funcionários e estudantes é membro permanente do projeto.

O compromisso da Universidade para com o projeto envolve, automaticamente, o Centro de Ciências da Saúde e as várias Faculdades a ele ligadas. Portanto, não há acordos formais adicionais entre este ou aquele curso e os serviços. Em princípio, todos os serviços constituem um imenso campo para as realizações de atividades docente-assistenciais.

Identificamos 8 programas organizados de pré e pós-graduação que se baseiam no conceito de integração docente-assistencial.

Antes, porém, descrevemos brevemente a estrutura do internato e residência médica da UFF. Até iniciar o internato (no 10º semestre do curso) os alunos só recebem treinamento no HUAP: seu único contato com uma UP dá-se durante as disciplinas do Departamento de Saúde da Comunidade. O internato dura 3 semestres (18 meses) e divide-se em 2 períodos: uma parte geral de 12 meses onde o aluno pode optar entre um programa geral (de rodízio) ou pelos programas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia ou Medicina Preventiva e Social. A seguir, vem a parte específica de 6 meses onde ele pode fazer a opção por uma "especialidade"; entre essas opções incluem-se as especialidades básicas e o Departamento de Saúde da Comunidade. Não há uma obrigatoriedade de rodízio por todas as clínicas e, assim, o aluno pode graduar-se sem ter experiência em trabalho em UPs (como acontece com a maioria dos alunos).

O programa de residência médica do HUAP tem cerca de 130 médicos R1 e R2. Eles representam um importante segmento da mão-de-obra do hospital. Com exceção dos residentes do Departamento de Saúde da Comunidade e alguns dos Departamentos de Clínica Médica e de Saúde Materno-Infantil, todos os demais têm seu treinamento essencial, ou exclusivamente, centrado na atividade hospitalar.

O HOF tem seu próprio programa de residência em cirurgia gastroenterológica (13 residentes). Dada a excelência do hospital, o programa é bastante concorrido.

Os programas de ensino que dão ênfase à integração docente-serviço são:

1. Internato em Medicina Preventiva e Social (parte geral).
Local: UPs da zona norte (PS Caramujo, Vizela, Engenhoca, UMS-7).

Nº de alunos: cerca de 8 por semestre.

Características: 12 meses de duração; o programa é integrado com o dos residentes (vide item 4). Inclui turnos de atendimento a clientes em Clínica Geral, G.O., otorrinolaringologia, dermatologia sanitária e plantões em maternidade; atendimento à comunidade (grupos de gestantes, atendimentos em escolas); vigilância epidemiológica (pesquisa de comunicantes, bloqueios); reuniões clínicas e seminários em temas clínicos e em saúde coletiva. A proporção de alunos que procura o programa é considerada pequena.

2. Internato médico em Saúde da Comunidade (parte específica).

Local: UPs da zona norte

Nº de alunos: 20 vagas; em média 10-12 alunos

Características: 6 meses de duração; programa centrado em temas de saúde coletiva; atendimento a comunidades (grupos de gestantes, escolas, etc); levantamentos das condições sanitárias; não há atendimentos clínicos; é pouco concorrido.

3. Residência Médica do Departamento de Saúde da Comunidade

Local: Departamento, todas as unidades da zona norte (HOF, HEAL, HEGUF, PAM-Engenhoca, Subposto Caramujo, UMS-5, UMS-6, UMS-7, Posto de Saúde Vizela) e a unidade de vigilância epidemiológica do HUAP.

Nº de alunos: há 13 vagas (entre R1 e R2)

Características: dois anos de duração; o residente R-1 opta por centralizar seu trabalho num dos locais; o R-2 elege uma área de concentração dentre Epidemiologia, Saúde Ocupacional e Educação em Saúde. À exceção dos residentes que escolhem o Subposto Caramujo, não há obrigatoriedade de prática clínica; o trabalho gira, essencialmente, sobre os diagnósticos de condições sanitárias da população, técnicas de intervenção em comunidade, diagnóstico institucional, etc. Doze professores do Departamento (5 em tempo integral) encarregam-se desse programa e do internato.

4. Residência Médica do Departamento de Clínica Médica.

Os residentes deste Departamento podem optar por fazer seu estágio no Subposto Caramujo.

Local: Subposto Caramujo

Nº de alunos: variável (1 a 2)

Características: 2 anos de duração; o programa usa a formação do Clínico Geral com experiência em clínicas básicas em saúde da comunidade; atividades semelhantes às descritas no item 1; poucos residentes do Departamento de Clínica Médica fazem essa opção e o programa é visto marginalmente, inclusive porque está fisicamente distante do hospital.

5. Residência Médica do Departamento de Saúde Materno-Infantil

Local: UMS-7 e sala de triagem do HUAP

Nº de alunos:

Características:

6. Programa de Residência Médica da SES

Local: CS Santa Rosa

Nº de alunos: 4 médicos R-1

Características: este programa é totalmente administrado pela sede da SES; o CS Santa Rosa só é utilizado como um dos locais de treinamento; ali as atividades giram em torno dos programas especiais dos programas de saúde da mulher e da criança e da epidemiologia. Não há preceptores no CS; apenas um dos médicos é designado para coordenar as atividades dos residentes e dar supervisão clínica. Não há atividades teóricas no CS. A programação é vista como marginal e os residentes não se integram plenamente às atividades gerais da unidade.

7. Faculdade de Nutrição

O curso de Nutrição tem 8 semestres de duração.

Todos os alunos passam por estágios em serviços na comunidade.

Local: sala de triagem do HUAP, CS Carlos Antonio da Silva, Subposto Caramujo, UMS-1.

Nº de alunos: todos, 30 por semestre.

Características: desde o 5º semestre o aluno é exposto a trabalhos na comunidade e em serviços (avaliação do estado nutricional da população, educação nutricional, saúde materno-infantil). O ponto culminante é o estágio de campo no 8º semestre; em 180 horas/aula os 30 alunos, supervisionados por 7 docentes, vão à comunidade para fazer levantamento diagnóstico, atendimentos e palestras à população.

8. Habilitação em Enfermagem em Saúde Pública

Local: UMS-1

Nº de alunos: 30 por semestre

Características: a Faculdade de Enfermagem oferece habilitação em Enfermagem médico-cirúrgica, Obstetrícia e Saúde Pública; nas duas primeiras áreas, todo o treinamento é centrado na atividade hospitalar. A habilitação em Saúde Pública - opção feita após a graduação - oferece treinamento em comunidade e em UP (neonatologia, obstetrícia, enfermagem ocupacional, educação em saúde, epidemiologia, etc). Dos 6 meses que dura a habilitação, 5 semanas são dedicadas ao trabalho na comunidade. Dos 30 alunos que todo semestre iniciam a habilitação em Saúde Pública, cerca da metade abandona o programa para assumir emprego (em geral, na área de enfermagem médico-cirúrgica).

Inexiste uma coordenação para esses diversos programas. Cada área da Universidade desenvolve suas próprias ações. A nível da SE do PN existe um GT de Atividades de IDA, mas ele não exerce função de coordenação e não tem poder sobre os departamentos da Universidade; tampouco recebe informações sobre a programação de atividades.

Não há informações sobre o volume de serviços prestados por alunos e preceptores; nem é possível obtê-los porque o sistema de registros não faz essa discriminação.

O subposto de saúde Caramujo é a única UP onde a assistência está integralmente a cargo da Universidade (Departamento de Clínica Médica). Esta UP pertence à SES e estava em condições de abandono até a vinda dos professores e alunos. Hoje em dia há ali 6 professores em tempo integral, além dos internos, médicos residentes e estudantes de serviço social. É também o único local onde se desenvolve um programa claro para a formação em Medicina Familiar.

No plano das investigações, novamente, as informações são precárias. A SE do PN não coleta informações sobre os trabalhos realizados; os dados que obtivemos são assistemáticos e fruto da opinião dos entrevistados.

De forma geral, a produção científica em torno das atividades do PN é baixa. Trabalhos de levantamento e análise de informações epidemiológicas são os mais frequentes, mas não tem sido regularmente publicados; sua divulgação fazia-se pelo Boletim Epidemiológico (de periodicidade irregular) ou cópias mimeografadas de alcance restrito; um importante inquérito sorológico para determinar a prevalência da infestação pelo dengue entre escolares, até hoje não foi publicado.

Os mestrados da Universidade, com poucas exceções, não direcionam seus planos de pesquisa para o PN.

Todos os alunos que passaram pelos três cursos de Administração de Serviços de Saúde produziram monografias voltadas para os aspectos operacionais do PN. Na SE do projeto estão arquivados alguns deles de boa qualidade. Contudo, como os cursos datam de 1983-1984 e não foram repetidos, as análises e diagnósticos não foram atualizados. Estudos diagnósticos de boa qualidade também foram feitos entre 1983 e 1985 para embasar os programas de saúde oral e saúde mental.

De resto, há iniciativas isoladas de professores e técnicos dos serviços, mas a falta de recursos financeiros e de um centro de pesquisa fazem com que esses trabalhos não sejam concluídos ou que sua divulgação fique restrita a encontros científicos.

CAPÍTULO 9

DISCUSSÃO

9.1 Determinantes de Integração dos Serviços de Saúde

9.1.1 Contexto

1. Políticos

A partir do momento em que o estado autoritário e centralizador começa a ser contestado dentro do espaço formal por ele criado (as eleições legislativas e municipais), e isto ocorre logo após o pico de crescimento econômico verificado durante a década de 70, cria-se um espaço, em particular nas metrópoles, para se discutir e criticar o papel do aparelho de estado na gestão social.

Estes fatos redundam, a nível nacional, em várias tentativas intra setor saúde de responder a questão acima. No capítulo 2 estas estão descritas e vale referi-las: o PIASS e o PREV-SAÚDE.

Dentro deste contexto, em Niterói, após a eleição de um prefeito de oposição e frente à carência e desarticulação do setor saúde na cidade, a nova administração municipal busca nos quadros da Universidade local elementos para desenvolver o setor.

É importante mencionar que nesse momento, a nível internacional, o discurso de Alma-Ata e da integração docente-assistencial dominavam a cena e contaminavam o ambiente acadêmico.

A SMS liderada por um importante quadro acadêmico desenvolveu, então, um plano de criação de uma malha assistencial primária que em um segundo momento deveria se articular com os níveis secundário e terciário do sistema.

Durante a implementação desta proposta sobrevem a crise de financiamento da assistência médica previdenciária, fruto ela mesma da profunda recessão econômica na qual o Brasil imergiu a partir de 1979 e que teve seus piores momentos em 1982 e da qual ainda não saiu. Os índices de desemprego chegaram a 15% nas cidades; o achatamento salarial foi alarmante; a receita previdenciária caiu e a parcela desta que financiava a assistência médica passou de 25% em média para 19%.

O que ocorre então é que o município, que é o nível de governo que fica com a menor parcela dos tributos arrecadados do cidadão, estava assumindo um novo papel para o qual não necessariamente tinha condições adequadas de financiamento e a previdência social, que era responsável pela assistência da massa de previdenciários (estimada em 1980 em cerca de 90% da população urbana), estava buscando, desesperadamente, mecanismos de diminuição e racionalização de gastos.

Alguns fatores individuais e fortuitos aliaram então. Os fortuitos advêm da proximidade geográfica de Niterói, sede da Presidência do INAMPS - órgão altamente centralizado na cidade do Rio de Janeiro (sua sede é em Brasília desde 1987); e os individuais, do fato de que o Presidente do INAMPS é um ex-diretor da Faculdade de Medicina da UFF, o diretor do Departamento de Administração Médica da Direção Geral um ex-colaborador desta e o diretor da Faculdade de Medicina um docente comprometido com as teses desenvolvidas na Secretaria Municipal de Saúde.

Um novo plano nacional foi editado pelo INAMPS em 1982 - o plano do CONASP, que preconizava, entre outras coisas: utilização da capacidade total do setor público e, supletivamente, do setor privado, integração da demanda através da constituição de um nível ambulatorial - porta de entrada do sistema e necessariamente público, universalização da clientela, hierarquização e regionalização da rede.

Nesse momento, Niterói, dentro de uma conjunção de todos esses fatores propõe seu plano, o qual passa pelo processo descrito no Capítulo I e é aprovado.

O PN é, portanto, um projeto que nasce com a proposta de integração dos serviços de saúde do setor público em um primeiro momento e buscando levar à sua clientela a possibilidade de utilizar os serviços de saúde em todos seus níveis. Isto, a partir de uma gestão colegiada dos serviços e de uma transferência de recursos da previdência para a rede assistencial pública.

A justificativa para que o movimento integrador não incluísse naquele momento o setor privado, apesar de seu peso assistencial, é de que: "o momento era de articulação do setor público" e complementa - "O PN incomoda!"

A partir desse ponto, o PN se estrutura administrativa e juridicamente e inicia sua luta para vencer os interesses feridos (perda de poder, dupla militância dos médicos) e conta em todas as suas crises com o fundamental apoio e interesse do financiador mais importante - O INAMPS. Durante o período 1983 a 1987 o governo estadual esteve contra o projeto e chegou mesmo, em alguns momentos, a

boicotá-lo. A administração municipal empossada em 1982 inicialmente propôs até um plano alternativo - o Projeto Araribóia - que não chegou a sair do papel. Durante todos estes momentos o INAMPS utilizou sua capacidade enorme de pressão e garantiu o projeto. A partir de 1984, com o advento das Ações Integradas de Saúde, o PN deixou de ser um projeto modelo (embora não sendo tipicamente um projeto AIS, onde a questão da integração a nível do município é responsabilidade municipal) para fazer parte de um movimento hegemônico nacional, conduzido pelo INAMPS.

Se por um lado este novo evento lhe cancelou como proposta, veio a desaguar em um novo conflito. As AIS chegaram à 8ª Conferência Nacional de Saúde como um caminho que apontava na direção do Sistema Único de Saúde, que deu origem aos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e ao movimento de municipalização, que põe em cheque a proposta apenas integracionista, que é uma etapa até certo ponto já vencida pelo PN.

A razão desta contradição ou anacronismo de proposta política do PN passa por um processo de resistência à entregar a gestão ao poder político local, o qual é visto com certa desconfiança por algumas lideranças, devido ao potencial de clientelismo do poder local.

2. Ajuda Externa

A nível do PN, a ajuda externa de financiamento não teve relevância. Esta foi importante para apoiar e desenvolver dentro da universidade o discurso da IDA e, ainda mais importante, o fato político de instituições como a Fundação Kellogg e a OPS terem voltado suas atenções para o projeto.

9.1.2 Institucionais

1. Legalização do Projeto

Neste particular foi importante, após o processo de decisões, a transformação destas em convênio, todas colocadas inicialmente nas resoluções do CONASP e nas resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento. Estes textos estão citados e comentados nos capítulos 1 e 2.

2. Descentralização do Processo Decisório

À rigor, o processo decisório a nível administrativo nunca passou a ser descentralizado, como analisamos no Capítulo 6. O que ocorreu é que o processo de discussão política e as decisões daí emanadas passaram a ser respeitadas a nível central e, em particular, pelo INAMPS e pela SMS, dados os seus próprios interesses. Com relação a SES, esta sempre esteve tão distante de suas próprias unidades, que nem quando estava contra o projeto, conseguiu fazer suas decisões influenciarem o projeto. A UFF, através do HUAP, tem um interesse de cunho mais filantrópico pelo projeto (afinal foi lá que a idéia foi gestada) e de certa forma o hospital universitário é um órgão que tem vida relativamente autônoma e isto é fruto da própria relação dos Departamentos da Faculdade de Medicina com o hospital. A partir de 1986 a questão do planejamento integrado veio dar alguma força à esta proposta de maior descentralização, porém, ainda hoje, ela se fixa mais a nível de determinar a programação física, do que a orçamentária, o qual ainda é definida a nível do estado.

2.1.3 Individuais

Em sua existência o PN passou por três secretarias executivas. A primeira delas era composta por dois profissionais, sendo que um tinha vínculo com a UFF e com o INAMPS e o outro com a UFF e a Prefeitura Municipal. Na segunda gestão o secretário executivo era oriundo do INAMPS e na terceira e atual, por um servidor do INAMPS e da prefeitura municipal. a instituição mais presente na liderança é, sem dúvida, o INAMPS. É importante realçar que, pelo convênio assinado entre as partes, somente a partir de 1986 é que a CEL indica o seu secretário executivo; até então sua indicação era realizada pelo INAMPS.

Com relação ao estilo da atual liderança, da apresentação dos dados e comentários lançados no capítulo 6.3 vale a pena ressaltar: é considerado peça vital para o processo, que toma decisões de forma participativa, mantém o controle da situação sem se imiscuir em tarefas de outros níveis e age, fundamentalmente, como um mediador, que negocia a existência do PN com seus quatro componentes.

9.2. Grau de integração dos serviços de saúde

9.2.1. Presença de atividades de IDA e investigação

Dois grandes projetos de IDA foram desenvolvidos pela UFF antes ou simultaneamente à implantação do PN: o PISMI, entre 1976 e 1978 e o PIDAS entre 1982 e 1985. As opiniões acerca da importância desses projetos para o surgimento do PN são divergentes:

... para a maioria dos entrevistados, o PISMI e o PIDAS foram projetos que não tiveram grande penetração na Universidade e que ficaram restritos a poucas pessoas dentro dos Departamentos de Saúde da Comunidade, de Saúde Materno-Infantil e de Clínica Médica. Ele não teria influenciado o pensamento dos serviços a ponto de gerar a necessidade do PN. De qualquer forma, reconhecem que os líderes do processo de expansão da SMS e que, mais adiante, vieram a ocupar postos de liderança no PN, eram, em sua maioria, médicos do Departamento de Saúde da Comunidade que haviam sido treinados no PISMI;

... para aqueles que estiveram mais diretamente envolvidos com o PIDAS e o PISMI, os dois projetos tiveram um papel significativo na origem do PN porque mudaram o pensamento local.

É muito difícil avaliar a real importância desses projetos para a origem do PN. Aparentemente, tiveram um papel apenas relativo na gestação do projeto em si, a qual está muito mais ligada aos problemas que a Previdência Social enfrentava naquele momento. Por outro lado, é indiscutível que eles foram importantes na preparação e aglutinação de uma massa crítica de professores e alunos que, mais adiante, conduziram as reformas em Niterói.

O fato é que o PN não nasceu para ser um projeto IDA. Esse tipo de atividades já existia anteriormente tal como continua a existir hoje, sempre na dependência maior da UFF. Para o PN como um todo e para as demais instituições as atividades de IDA são parte de um objetivo intermediário de capacitação de pessoal.

Uma evidência dessa não-importância é o fato de, a nível da SE do PN, o GT de atividades IDA ser composto de uma só pessoa (ligada à UFF) e de haver poucas informações objetivas sobre os programas e o grau de utilização da rede de serviços.

Sete programas identificados são de responsabilidade das Faculdades da UFF. Seis deles estão localizados em três Departamentos da Faculdade de Medicina (Saúde da Comunidade, Clínica Médica e Saúde Materno-Infantil) e um na Faculdade de Nutrição.

O programa mais aprimorado é o do Departamento de Clínica Médica (em conjunto com o de Saúde da Comunidade) no subposto de Saúde do Caramujo, inclusive porque lá, toda a atividade assistencial e o gerenciamento da unidade estão a cargo dos professores e alunos.

O estágio de estudantes e residentes de Medicina em serviços extra-hospitalares é sempre voluntário, e o grau de interesse por esses programas não é grande. Menos de 10% dos estudantes fazem este tipo de opção.

Outros cursos de graduação também oferecem estágios em serviços de saúde da comunidade. Alguns são bem estruturados, como o da Faculdade de Nutrição, e outros, menos.

As atividades externas de alunos e professores são coordenadas pela Pró-Reitoria de Extensão, mas, observa-se que o nível de integração entre elas é baixo. Alunos dos diferentes cursos não estão integrados em equipes multidisciplinares, a não ser, fortuitamente.

A receptividade aos alunos e professores, em geral, é boa nos serviços, mas o seu trabalho não fica claramente integrado aos da unidade; os médicos do serviço não se dispõem a orientar alunos.

O grau de motivação dos alunos que estagiam em UPs é grande; contudo, não sendo uma atividade obrigatória do curso médico, fica evidente que essa motivação já existia anteriormente. A grande maioria dos estudantes de Medicina dá preferência ao treinamento intra-hospitalar e direciona a sua formação para as especialidades médicas.

O currículo médico da UFF ainda não incorporou efetivamente o conceito de IDA. Haja visto que esses estágios são sempre voluntários e atingem uma pequena parcela dos estudantes. No currículo das Faculdades de Nutrição e de Enfermagem há uma maior carga horária de atividades extra-hospitalares obrigatórias.

A quantidade de investigações operativas é baixa se comparada ao potencial que o PN oferece. Num período em que muito se discutiu, em todo o país, a questão das AÍS e da reordenação do setor público de saúde, o PN, como um dos projetos iniciadores, representou um terreno fertilíssimo para que pesquisasse este processo. No entanto, ao que parece, a Universidade interessou-se relativamente pouco.

Dentre os estudos concluídos destacam-se alguns trabalhos do curso de Administração de saúde (realizado pelo PIDAS) e os estudos que embasaram os programas de Saúde Oral e Saúde Mental. Ainda assim, são documentos não publicados e de circulação restrita.

Não existe a nível da SE do PN uma área específica de planeamento e acompanhamento de investigações académicas ou operativas. Tampouco existem incentivos para que os profissionais dediquem-se a pesquisar em serviço.

Por sua própria iniciativa alguns profissionais mais ativos nos Centros de Estudos de cada unidade, dedicam-se a fazer levantamentos sobre os aspectos operacionais do atendimento. Contudo, a maioria desses trabalhos acaba não sendo concluída ou publicada. A produção científica do HUAP e do HOF - em maior volume - é centrada em pesquisa clínica.

9.2.2 Estrutura Organizacional

A descrição da estrutura encontra-se no capítulo 6 e é representada na Figura 6.1; ela tende a funcionar matricialmente e, como acontece nesse tipo de estrutura, tem alta dependência do objeto, de cultura organizacional e do estilo dos gerentes.

No caso, o objeto e o estilo dos gerentes hoje são favoráveis a este modelo, embora a cultura não, pois esta está direcionada para estruturas departamentalizadas funcionalmente e bastante verticalizadas. Inicialmente (até 1983) os representantes na CEL não tinham poder de mando nas unidades da organização que representavam - eram indicados pelas organizações apenas. A partir de 1984 os representantes no PN passaram a ser os detentores dos cargos desenhados na figura 6.1 e, portanto, com poder decisório sobre suas unidades, o que tornou o processo de implementação das decisões mais adequado.

A importância crucial para o projeto além dessa característica dos gerentes funcionais tem sido o papel desempenhado pelos gerentes de projeto e é óbvio pelo seu coordenador (o secretário executivo, cujo papel foi discutido juntamente com a questão da liderança). Os coordenadores de grupos de trabalho - GTs desenvolvem, por seu perfil, um papel fundamental no desenvolvimento, negociação e implementação de programas junto às unidades do PN. As reuniões dos GTs, de uma maneira geral, são semanais e a da CEL, como já referida, é quinzenal.

O planeamento conjunto é um importante passo do PN e suas limitações já foram várias vezes colocadas ao longo deste trabalho.

9.2.3 Sistema de Informações

O sistema de informações usado pelo PN foi criado visando a atender três objetivos;

1 - quantificar o volume de serviços prestados pelas redes municipal e estadual, visto que o INAMPS estabeleceu que a quantidade de recursos financeiros a serem repassados teria por base a produção de consultas médicas e odontológicas;

2 - criar instrumentos que facilitassem o fluxo de pacientes dentro da rede de serviços multi-institucionais (boletins de referência e contra-referência);

3 - quantificar o volume de encaminhamentos do primeiro para o segundo e terceiro níveis de atenção a fim de monitorar o sistema e intervir no sentido de redirecionar o fluxo de pacientes.

Este sistema deveria ser organizado em paralelo aos sistemas já vigentes em cada uma das instituições, visto que não existia poder de decisão para alterá-los. Isto não seria muito problemático se não fosse o fato de, com grande frequência, os produtos dos sistemas federais, estaduais e municipais serem incompatíveis.

Além dessa falta de uniformidade, os sistemas de informação médica dessas instituições padecem de muitos vícios que limitam profundamente a sua utilização. Alguns exemplos são:

a - baixa qualidade dos registros dos prontuários médicos;

b - os mapas estatísticos de serviços produzidos não indicam o número de pessoas que os receberam;

c - a ausência de registros de motivo de consulta ou de diagnósticos nos boletins estatísticos das unidades ambulatoriais e, algumas vezes, até dos hospitais;

d - diferentes informes produzidos por um mesmo serviço podem apresentar discrepâncias em relação à quantificação do mesmo evento em decorrência da falta de normas de orientação para o registro. Por exemplo, um informe do hospital elabora índices a partir da sua capacidade operacional, o outro utiliza a capacidade de planejamento.

De uma forma geral, a qualidade e quantidade de informações que encontramos foram bastante baixas e isto dificultou muito o nosso trabalho e limitou a capacidade de análise.

No início da implementação do PN o GT-Supervisão Operacional fez um cuidadoso e extenso trabalho de orientação sobre a utilização dos boletins-PN. Contudo, não se deu continuidade a essa tarefa. De tal forma que, hoje em dia, o sistema de informações voltou a operar precariamente. Há unidades que, simplesmente, não enviaram os boletins estatísticos mensais à SE do PN; outras atrasam demais. Como resultado, a SE tem condições limitadas de fornecer informes quantitativos sobre a operação do sistema e suas análises estão sempre atrasadas.

Mesmo com relação à informação sobre o volume de consultas enfrenta-se problemas. A SMS é a única instituição ágil. CSs e hospitais da SES tem descuido destes aspectos, até porque, a sistemática de repasses financeiros por parte da sede da SES deixou de considerar a produção no cálculo do volume de dinheiro remetido (o valor do repasse é fixo).

As informações demográficas e epidemiológicas - dependentes do nível central da SES e do MS - também são lentas e inconstantes.

À exceção da SMS, o processamento local das informações é sempre feito manualmente. O único micro-computador existente no sistema mal dá vazão à demanda do sistema de informações da SMS. A CEL encaminhou à OPS proposta de apoio financeiro para a aquisição de outros computadores, mas ainda não os recebeu.

9.2.4 Integração e Racionalização dos Recursos

A integração e/ou racionalização de recursos tem sido um dos eventos importantes do PN. Esta reorientação, no entanto, não tem sido efetuada através da realocação de recursos financeiros na medida em que isto seria, do ponto de vista prático, impossível.

Assim, a realocação tem sido feita na área de Recursos Humanos (cerca de 2,5% do pessoal disponível não está prestando serviço na sua unidade de locação). Embora este número possa parecer pequeno, ele se torna importante quando se verifica a sua composição (dos 168 servidores realocados, 115 são médicos - Tabela 6.2)

A realocação de equipamentos, medicamentos e material de consumo, de uma maneira geral, também tem ocorrido de maneira intensa e aqui também o INAMPS é o órgão que mais tem cedido estes insumos (não existe mensuração). A cessão de edificações não ocorreu dentro do PN.

9.2.5 Reorganização dos Serviços

Nos primórdios das discussões sobre o PN chegou-se a aventar a hipótese de que o sistema deveria ser organizado de forma a atender as populações de Niterói e São Gonçalo dadas as óbvias relações entre os dois municípios.

A idéia não teve curso provavelmente porque este modelo dificultaria sobremaneira a implantação do projeto, pondo em risco o seu sucesso.

Contudo, em que pese o fato de o PN voltar suas atenções para a população de Niterói, é evidente e sabido que os serviços locais atendem grande volume da demanda proveniente de Maricá, Itaboraá e, principalmente, São Gonçalo.

Assim sendo, o modelo é, apenas teoricamente, conformado para Niterói. Sua verdadeira área de abrangência é muito mais extensa e de difícil delimitação.

9.2.5.1 População adscrita

Não há critérios de elegibilidade que limitem o acesso aos serviços do PN. Qualquer pessoa, inclusive não-residentes no município, pode matricular-se numa UP ou, se preferir, num dos serviços de nível secundário e terciário. Este princípio resume-se na expressão "universalização do acesso aos serviços de saúde".

Se, por um lado, essa universalização é positiva, por outro lado, cria-se problemas para que as UPs tenham clareza a respeito da população atendida. É impraticável fazer estimativas sobre a programação de cobertura populacional de cada UP. Não há rigidez na delimitação geográfica da área de captação de cada UP. São os próprios usuários que elegem a unidade de sua predileção em função das distâncias e da satisfação com os serviços.

Apesar disso, o sistema funciona adequadamente, sem sobrecargas sobre uma ou outra UP; o grau de satisfação dos usuários é elevado em relação a todas elas (vide itens 7.1.2 e 7.2.4) e, portanto, o critério de maior peso na escolha da unidade acaba sendo a distância.

A permissividade em relação ao atendimento da demanda espontânea às unidades de segundo e terceiro nível foi uma necessidade inicial do PN por diversas razões:

- o PAM sempre foi a porta de entrada do sistema de saúde dos previdenciários do INAMPS e não seria possível cercar-lhes esse direito;

- os CSs da SES sempre tiveram um papel fundamentalmente de nível primário e deram cobertura à população circunvizinha. Transformá-los exclusivamente em unidades de nível secundário e impedir que fossem porta de entrada do sistema público geraria transtornos;

- o HUAP mantém serviços ambulatoriais que servem de base para o treinamento dos estudantes da UFF e não havia o interesse do hospital em desfazer-se do pronto-atendimento, até porque, ele é uma importante fonte de repasses financeiros do INAMPS;

- o HEGUF sempre foi ponto de referência da população para os atendimentos pediátricos;

- as UPs (basicamente as UMSS) não teriam condições de absorver toda a demanda de serviços primários.

Admitindo a situação de fato vigente em 1982 e essas razões acima apontadas, o PN decidiu que o redirecionamento da demanda por serviços primários deveria ser feito de forma gradual.

Se observarmos os dados de produção de consultas (Tabelas), concluímos que este resultado vem sendo alcançado. Em 1983, 6,9% do total de consultas de rotina eram feitas pelas UPs e em 1987 essa proporção passa para 14,9%. Incluindo-se os atendimentos dos dois CSs (mistos de UP e nível secundário) esses valores passam para 11,2% e 21,3% respectivamente. Isto é, como quer que se calcule, conclui-se que a participação das UPs dobrou.

Enquanto isso, a proporção de atendimentos de rotina no nível secundário (PAMs) cai de 67,2% em 1983 para 59,1% em 1987. Nos hospitais a proporção de queda é menos significativa (21,2% para 19,5%).

O sucesso desse redirecionamento está aquém das expectativas do N. Ainda é muito grande o volume de pronto-atendimento nas unidades de nível secundário e terciário e no HUAP (cerca de 40% dos atendimentos). Os motivos geradores desse fenômeno são:

- o grande afluxo de clientes dos municípios vizinhos;

- a mudança apenas parcial dos padrões de comportamento da população;

- o interesse que os serviços tem em manter um volume grande de pronto-atendimentos a fim de ampliar suas receitas (repasses financeiros do INAMPS);

o descompromisso de alguns diretores de unidades secundárias e terciárias em relação aos objetivos do PN.

Assim sendo, conclui-se que o objetivo de redirecionamento da demanda teve sucesso parcial e que, ainda hoje, qualquer unidade do PN serve como porta de entrada e ponto de aderência ao sistema.

9.2.5.2 Referência e contra-referência

Três aspectos fundamentais devem ser analisados em relação à referência e contra-referência de pacientes: 1 - a adequada utilização das normas e instrumentos de referência de pacientes; 2 - a facilitação do fluxo de pacientes no sistema; e 3 - a efetiva integração e cooperação entre os diversos níveis assistenciais.

1 - No entusiasmo do início do projeto, um grande trabalho foi feito pelo GT-Supervisão Operacional, orientando os funcionários de cada unidade sobre a utilização das fichas de referência e contra-referência, uma novidade, até então. Os resultados junto às UPs foram bons; os médicos já vinham, há tempos, sentindo a falta de mecanismos formais para referir pacientes e aderiram prontamente à idéia. Contudo, sempre houve dificuldades para motivar os médicos dos PAMs e hospitais a aderirem à norma; muitos deles desprezavam os boletins e não preenchiam a contra-referência.

O GT descontinuou o seu trabalho em 1985 e, desde então, nada mais foi feito. A situação de hoje é semelhante à do início do trabalho: a utilização do boletim é boa nas UPs e, no geral, muito má nos PAMs e hospitais. O levantamento que realizamos (ver 7.1.3) mostrou o estado precário a que chegou o sistema.

2 - é surpreendente verificar que os pacientes referidos aos PAMs e hospitais recebem o mesmo tratamento burocrático que aqueles que ocorrem espontaneamente ao serviço; isto é, o paciente referido sujeita-se às mesmas filas, procedimentos de matrícula e registro, etc. Este é um forte fator de desestímulo àqueles que seguem as normas. Somente no primeiro semestre de 1988 o PAN-CPN e o HUAP decidiram estabelecer procedimentos que agilizam o atendimento burocrático dos pacientes referidos (ver 7...)

Algo bastante diverso de passa no atendimento às referências para exames radiológicos, laboratoriais, como será visto no item 9.2.5.3 .

3 - Em que pese os problemas apontados acima, o fato é que, efetivamente, o sistema implantado representou um grande avanço em termos da integração dos serviços, da cooperação inter-institucional e do acesso da clientela ao sistema. As dificuldades inibem, até certo ponto, a utilização mais ampla dos serviços especializados. Contudo, os dados encontrados indicam que tem havido um crescimento do volume de pacientes referidos; o número de pacientes referidos em 1987 é três vezes maior do que em 1984 (ver 7.1.3 item a).

Os problemas enfrentados pelo sistema de referência e contra-referência são apontados, pela maioria dos entrevistados (principalmente, aqueles que trabalham em UPs) como um dos "calcanhares de Aquiles" do PH. Esta conclusão está muito influenciada pelos problemas do retorno da informação e da recepção dos pacientes.

Sem dúvida são aspectos que deverão ser resolvidos para aprimorar o sistema. Contudo, nossa conclusão é que os mecanismos implantados tiveram um tremendo impacto positivo sobre a disponibilidade e acessibilidade à toda uma rede de serviços médicos mais complexos e sobre o grau de resolutividade das UPs.

Dispondo da possibilidade de requisitar consultas especializadas e exames de diagnóstico, o médico da UP amplia seu espectro de atuação, evitando que a UP seja uma simples instância de triagem e encaminhamento de pacientes. A tendência a uma maior participação das UPs no volume global de consultas de rotina, em detrimento dos serviços de nível secundário (ver 9.2.5.1) e o elevado grau de satisfação da clientela com a qualidade do tratamento recebido nas UPs (ver 7.2.4) parecem ser evidências de que o seu grau de resolutividade é satisfatório.

Dado o seu grande porte e amplo leque de serviços que oferece, o PAM-CPN vem se transformando no principal centro de convergência dos pacientes referidos pelas UPs. Em 1983 ele recebia 45% das referências das UNISs e, em 1987, passa a absorver quase dois terços dessa demanda (Tabela 7....). Por outro lado, HEAL e HEGUF recebem cada vez menos pedidos, provavelmente por causa da deterioração dos seus serviços.

9.2.5.3 Logística dos serviços de apoio

Não há uma delimitação entre unidades solicitantes autoras, baseada em critérios geográficos e sim, em critérios de complexidade.

Nesse sentido, o PAM-CPN é responsável por uma exames laboratoriais mais complexa (embora realize exames simples para a sua demanda interna) e o Laboratório Miguelotti Viana realiza uma linha simplificada para toda a rede.

De uma maneira geral, o CPN e o Miguelotti Viana as Unidades o material de coleta de exames, o qual é com a requisição por malote ao laboratório. Quando o exame não é realizado na rede pública, o paciente com a autorização de exame, requisita junto a um dos PAMs autorização para realizá-lo na rede privada (exceto para alto custo, como T.C., esta autorização é apenas para fins de controle do pagamento. No caso do exame o paciente será re-examinado por médico do PAM para a necessidade do procedimento). O fluxo de resposta dos laboratórios públicos é de cerca de 10 dias e o da rede privada é de 3 dias.

A área de radiologia funciona semelhantemente; quando o exame não é realizado no CPN ou quando o é o paciente com a solicitação do médico vai ao CPN e agenda o exame não existe dado do tempo de demora para a realização do exame).

9.2.6 Participação da comunidade

1. Participação na gestão

A participação da comunidade na gestão do sistema a nível central e de unidades. A nível central a participação é institucionalizada e formal através da presença de provedores (Associação Médica Fluminense e Sindicato dos Médicos) e de usuários (FAMNIT) na CEL. Esta institucionalização é um dos princípios avançados que o PN introduziu na prática. Essa representação no órgão administrativo de maior hierarquia do projeto permite que se estabeleça um ágil canal de comunicação entre a comunidade e as instituições públicas; as necessidades e demandas são imediatamente trazidas para a discussão da CEL e os debates e discussões tornam-se públicos. O direito a voto nas deliberações da comissão envolve a comunidade na corresponsabilidade pelas deliberações tomadas.

Este mecanismo favoreceu um bom relacionamento entre o PN e a comunidade de usuários; de forma geral, as

AMs têm uma compreensão dos motivos e objetivos das ações programáticas.

Dois aspectos negativos chamam a atenção nessa participação a nível central:

a - a categoria profissional dos médicos tem dois representantes e nenhuma outra categoria está representada;

b - apesar do significativo volume de serviços comprados à rede privada não há representação dessas instituições junto ao PN. Assuntos pertinentes a elas são frequentemente discutidos e decididos pela CÉL, mas o relacionamento do projeto com a rede de hospitais e laboratórios privados tem um caráter secundário e marginal; todos os contatos dão-se exclusivamente através da Divisão de Medicina Social do INAMPS em Niterói.

A nível periférico do sistema a participação dos usuários na gestão ocorre somente nas UÇs e de maneira informal. As AMs discutem suas demandas com o diretor de unidade de forma franca e aberta. Por sua vez, o diretor da UP busca o apoio da AM para a divulgação dos programas. Este mecanismo tem funcionado satisfatoriamente e o relacionamento entre as UPs e suas comunidades é bom.

Os usuários reconhecem que ir falar diretamente com o diretor da UP é uma maneira adequada para discutir e solucionar as deficiências no atendimento (ver 7.2.4)

2. Participação voluntária na execução de atividades

A ampla participação dos membros de uma comunidade em atividades sociais, em particular naquelas gerenciadas por órgãos públicos, não é uma norma cultural nos grandes centros urbanos no Brasil. Assim sendo, a adesão da população a um programa de saúde não se traduz, necessariamente, em disponibilidade das pessoas para participar da execução de tarefas.

Se levarmos isto em consideração, concluímos que os resultados alcançados pelo PN são satisfatórios e estão acima da média.

A FAMNIT reconhece que existe uma relação paternalista entre a AM e os moradores; são os membros da diretoria da associação os que mais se dispõem a participar da divulgação e organização de eventos como campanhas de

vacinação. Algo semelhante se passa com associações religiosas.

A participação das famílias em associações é relativamente pequena (37,5%) nos bairros de classe baixa e, praticamente, nula nos bairros de classe média e alta. Essa participação é muito mais do tipo passivo, receptor do que do tipo voluntarista.

São raros os exemplos de pessoas que não pertençam à direção das AAs e que dêem trabalho voluntário às UPs.

3. Educação da comunidade

Entre 1978 e 1981, no início do seu processo de implantação, as UMSs tinham um forte componente de atividades educativas, incluindo a preparação e contratação dos agentes de saúde. Com as mudanças políticas ocorridas em 1982 essas UPs passaram a ter um cunho mais assistencialista e, em consequência, diminuir a intensidade do trabalho educativo interrompendo-se o treinamento e contratação de novos agentes de saúde.

Mesmo sem a ênfase anterior, o trabalho educativo prosseguiu, tendo sempre sido um dos objetivos do PN e da SMS.

A SE do PN abriga um GT Educação de Saúde que se responsabiliza pelo planejamento e execução das atividades junto às escolas. Além disso, os GTs Saúde da Mulher e Saúde da Criança planejam e executam treinamentos específicos para grupos de mulheres e mãe.

De forma geral a atividade educativa levada a efeito pelas UPs é satisfatória e, em alguns casos, bastante intensa. Elas buscam atender à demanda oriunda das AAs priorizando temas relativos à higiene da criança, nutrição e hábitos alimentares e utilização racional dos serviços.

Paralelamente à programação das UPs os alunos da UFF realizam palestras à comunidade durante seus estágios de campo. Contudo, ao nível central do PN não existe uma coordenação que busque integrar e somar esse esforço dos estagiários e residentes ao trabalho de rotina das UPs.

9.3 Efeitos sobre a estrutura, processo e eficiência do sistema

9.3.1 Recursos Humanos

Os dados quantitativos de Recursos Humanos e de produção de serviços estão expostos nos Capítulos 6 e 7, respectivamente; neles se observa, de uma maneira geral, um reordenamento das consultas e um decréscimo da produção ambulatorial.

De uma maneira geral, o aumento do número de pessoal na rede não foi acompanhado de um aumento no rendimento da hora/médico. A Tabela 9.1 apresenta os dados de rendimento e embora ela trabalhe com o número total de médicos (desconsiderando os que estão em função administrativa ou na área de apoio diagnóstico, por exemplo); ela aponta uma determinada direção já relatada no Capítulo 7, ou seja, que a área ambulatorial secundária está passando por um processo de acomodação quer requer uma ação imediata, enquanto que a área primária vem melhorando seu rendimento e produção. Dada a impossibilidade de realizar o mesmo tipo de inferência em relação à área hospitalar; a queda do rendimento não pode ser diretamente apontada, porém tudo indica que ela exista, principalmente como fruto da desativação de leitos, em razão das reformas em andamento e da impotência do PN em realocar os recursos disponíveis ou interferir sobre o momento que os recursos de investimento estarão disponíveis.

Tabela 9.1 - Rendimento do trabalho médico nas unidades públicas ambulatoriais do PN, 1983 e 1987 (consultas/hora/médico)

	1983	1987
PAMs	1,93	1,17
CSs + PSS	... (1)	1,22
UMSs	1,04	1,45

Fonte: levantamento de dados

(1) Não foi possível obter o número de médicos da SES neste ano

Motivação:

O PN não tem poderes para estabelecer esquemas de incentivo ao pessoal, seja através de incrementos salariais, bolsas de estudos ou outros esquemas. Estes incentivos ficam por conta de cada instituição e são praticamente

entes, a não ser no HUAP. Neste hospital, além das atividades que os professores têm para frequentar aulas, foi recentemente criada uma complementação para os professores da Faculdade de Medicina que dão assistência no Pronto-Socorro. Isto gerou insatisfação por parte de outros profissionais e funcionários em geral, os quais consideram descabida esta medida.

Existe grande disparidade salarial entre os profissionais das várias instituições (Ver Tabela 2.1). Uma pessoa de 20 hs/semanais do INAMPS recebia, em Dezembro de 1987, um equivalente a US\$756; enquanto isso, em condições semelhantes, um médico da SES recebia US\$560 e um da SMS, US\$410. Com disparidades um pouco menores, o mesmo se dá com outras categorias. A insatisfação salarial, exceto no INAMPS, é muito grande.

Todos os cargos de chefia tem uma compensação salarial, mas ela é muito baixa; em Dezembro de 1987 os chefes da UMSs recebiam gratificação de US\$59 mensais. Esses cargos de chefia não implicam em aumento da jornada de trabalho.

Uma das formas de incentivo adotada para os médicos é o chamado "tempo geográfico" isto é, a possibilidade que um médico que possua dois empregos de 20 horas em instituições públicas diversas (a imensa maioria), pode solicitar seu comissionamento em uma das instituições; assim, pode permanecer 8 horas diárias em um determinado posto de trabalho. Este incentivo não tem sido usado extensivamente em Niterói e há críticas de que seus resultados não são bons porque, ao fim e ao cabo, os médicos acabam cumprindo menos horas de trabalho, ainda, do que quando tinham nos dois vínculos.

A CEL e a SE do PN têm poder limitado para influenciar as indicações para os cargos de chefia. Influências políticas e distância dos centros decisórios fazem com que vários dirigentes de unidades operacionais ocupem o cargo sem compromisso com o programa.

A motivação e entusiasmo de todo o pessoal ligado ao nível central do PN são muito elevados. Chega ao ponto de, algumas vezes, minimizarem a importância dos insucessos do projeto frente aos resultados positivos.

Identificamos entre todos os componentes de SE, a maioria dos diretores de UPs e alguns diretores de Póds e hospitais uma grande dedicação e aderência aos princípios do PN. Mesmo as dúvidas em relação ao seu futuro não chegam a abalá-los.

Entre os profissionais que atuam no nível operacional, o grau de motivação é muito variável, mas não

parece ser produto direto do projeto em si. Aliás, grande parte deles faz severas críticas aos seus sucessos aparentes.

Em suma, o PN influenciou positivamente uma parcela dos profissionais de saúde de Niterói. A impressão que se tem é que os funcionários realmente motivados são os das UPs e os do nível diretivo. O restante do pessoal mantém-se indiferente ao que se passa e está mais preocupado em resolver seus problemas individuais com a instituição.

9.3.2 Recursos Financeiros

Na área de recursos financeiros de uma maneira geral, o que se observa é uma pequena retração das despesas de custeio, apesar do aumento de pessoal (o que significa arrocho salarial, falta de material e medicamento e pior manutenção de prédios e equipamentos), e um incremento das despesas com investimentos. Os dados de rendimento apontados até aqui repetem-se quando se realiza as comparações de despesas de custeio em relação a consultas médicas; essa relação de "gastos por consulta" cai na rede municipal e sobe na do INAMPS (Tabela 9.2). O PN não dispõe de sistema de apuração e controle de custos e nunca trabalha com essa variável.

Tabela 9.2 - Despesas de custeio em dólares de 1983 e 1987, em relação ao número total de consultas em 1983 e 1987 (1)

	1983	1987
PAMs	17,68	20,64
CSs + PSs	... (2)	28,56
UMSs	31,63	12,47
Média	18,56	20,32

(1) Dados da rede hospitalar e do setor privado não disponíveis para realizar este tipo de relação.

(2) Informações sobre gastos não disponíveis.

9.3.3 Recursos Materiais

Não há muito que acrescentar ao que já foi dito, devido à escassez de dados. Apenas se pode calcular o rendimento estimado da hora/consultório para 1987; ela foi de 1,44 consultas/hora consultório para o INAMPS; 1,3 para a SES e 1,9 para as UMSs.

Realce-se, novamente, o apoio que o INAMPS presta às outras unidades na cobertura de algumas faltas de materiais e medicamentos.

9.3.4 Cobertura

1. Disponibilidade

O número de UMSs cresceu de 6 para 13 entre 1982 e 1987.

A entrada em operação do PAM-CPN, em fins de 1982, foi um dos marcos iniciais do PN. Seu grande porte e o variado leque de serviços que passou a oferecer representaram um grande impulso para a melhoria da quantidade e variedade de serviços médicos.

Entre 1982 e 1987, o número global de consultórios médicos e odontológicos disponíveis cresceu de 324 para 329, um aumento insignificante. Contudo, é importante notar que houve aumento expressivo (cerca de 100%) nas UMSs em detrimento da queda do número de consultórios em PAMs e hospitais.

No setor hospitalar observou-se uma queda global do número absoluto e relativo de leitos (Tabelas 7.25 e 9.3). O coeficiente de leitos gerais públicos por 1.000 habitantes decresceu cerca de 70%; os leitos contratados tiveram pequeno aumento no número absoluto que não chegou a acompanhar sequer o crescimento populacional (o coeficiente de leitos por 1.000 habitantes caiu um pouco).

Tabela 9.3 - Coeficientes de leitos por 1.000 habitantes,
Niterói, 1983 e 1987

	1983	1987
Leitos gerais	4,39	3,56
públicos	1,73	1,04
privados contratados	2,61	2,52
Leitos psiquiátricos	1,09	0,88
públicos	0,28	0,28
privados contratados	0,81	0,60

Fonte: Levantamento de dados

A disponibilidade de equipamentos e material de consumo melhorou na rede de UPs, principalmente nas UMSe, em consequência dos repasses financeiros do INAMPS (esses recursos não são utilizados pela SMS para contratação de pessoal) e destina-se fundamentalmente à equipamentos, edificações e material de consumo). Contudo, dada a ineficiência do sistema de manutenção de equipamentos, não houve melhorias na rede da SES.

2. Acessibilidade

Esta questão já foi discutida em detalhes no Capítulo 7.

A elegibilidade nos serviços é universal e não há quaisquer gastos para o paciente.

A hierarquização dos serviços e o sistema de referência de pacientes, apesar do seu sucesso apenas relativo, permitiu o acesso de qualquer habitante aos mais variados e sofisticados serviços médicos.

3. Conhecimento da população de risco

À exceção dos programas de saúde materna e infantil (e, em parte o de saúde oral), não há uma preocupação evidente das instituições participantes em diagnosticar os riscos da população e planejar coerentemente suas ações.

A maior parte das análises e estudos centram-se na produtividade do sistema. As unidades operacionais preocupam-se em aumentar a quantidade e qualidade dos serviços, mas não estabelecem objetivos em função do perfil de mortalidade e morbidade da população (esta último, sequer é conhecido).

Em termos dos programas de saúde materno-infantil desenvolvidos pelas UPs, o enfoque de risco é, até, incipiente. O "cartão da criança", e o seguimento de gestantes e nutrízes são bem executados para a clientela inscrita na unidade. Contudo, as unidades não conseguem dar cobertura à população como um todo, seja pelas suas deficiências de produção, seja porque as pessoas ainda procuram em grande parte, a porta de entrada dos serviços de nível secundário e terciário.

O declínio do interesse pelo trabalho dos agentes de saúde fez com que o PN perdesse um vínculo importante que lhe permitia um melhor conhecimento das necessidades da população. Não há visitaçào domiciliar por parte dos profissionais de saúde (exceto no serviço de vigilância epidemiológica dos CSs; o qual funciona muito precariamente).

4. Produção e utilização de serviços de saúde; cobertura populacional

No setor ambulatorial ocorreu um fenômeno inesperado pelo PN: entre 1983 e 1987 caiu o volume global de consultas ambulatoriais. Os resultados mostrados na Tabela 7.4 indicam que, à exceção das UPs (tanto as UHSs, como os CSs e PSs), todos os serviços reduziram seu índice de cobertura populacional. Da parte do INAMPS, observou aumento da produção do PAM-CPN, mas a queda da produção dos outros PAMs foi suficientemente expressiva para levar a uma queda do indicador de cobertura (ver também a Tabela 7.5)

Tabela 9.4 - Coeficientes de consultas por habitante, por ano, Niterói, 1983 e 1987 (1) (2)

	1983	1987
Setor público	3,58	2,99
. UPs + CSs	0,30	0,49
. PAMs	2,03	1,59
. Hospitais	1,22	0,92
Setor privado contratado	0,74	0,29
Total	4,32	3,28

Fonte: Levantamento de dados.

(1) O parâmetro nacional proposto pelo INAMPS é 2 consultas/habitante/ano.

(2) Não incluídas as consultas do setor privado não-contratado.

Sem dúvida, o aumento do indicador de cobertura de UMSs é sugestivo de que ocorreu um redirecionamento da demanda. Contudo, é pouco provável que esse redirecionamento para os serviços preventivos e de primeira linha tivesse tamanho impacto a ponto de reduzir as necessidades populacionais globais de consultas médicas.

Considerando-se a importância da invasão da demanda por parte dos municípios vizinhos, em princípio, parecem-nos mais prováveis duas hipóteses:

a) a redução da demanda de municípios como são Gonçalo. Esta hipótese é menos provável, tendo em vista que não há evidência de uma melhoria da rede assistencial daquele município. Tampouco é possível comprová-lo porque o PN não possui dados objetivos e fidedignos sobre a proporção de atendimentos a não-residentes em Niterói;

b) havia excesso de consultas e o maior controle sobre o sistema teria reduzido as consultas desnecessárias. No momento, não há como comprovar essa hipótese tampouco.

Dois outros aspectos chamam a atenção: a grande queda do índice de cobertura dada pela rede ambulatorial contratada e o aumento de proporção de consultas de emergência. O primeiro resultado era esperado pelo PN. Contudo, o aumento da participação dos atendimentos de urgência é um fenômeno inesperado (ver Tabela 7.5); a rigor o seu número absoluto cresce pouco, mas a sua participação

relativa entre a produção do setor pública passa de 26% do total de atendimentos em 1983 para 31% em 1987. De alguma forma, isto traduz um insucesso do objetivo de favorecer a aderência da população a uma UP que servisse como porta de entrada e ponto de referência para todas as necessidades de atendimento médico.

Os índices de cobertura da assistência hospitalar também revelam aspectos interessantes (Tabela 9.5):

a) globalmente (setores público e privado contratado) o número de internações por 1.000 habitantes/ano manteve-se estável em torno de 136-140. Esses valores são 40% superiores às estimativas utilizadas pelo INAMPS na Portaria 3046/82 (100 internações/1.000 habitantes/ano).

Tabela 9.5 - Internações por 1.000 habitantes por ano no setor público e privado contratado, Niterói, 1983 e 1987.

	1983			1987		
	público	privado	total	público	privado	total
Cl. Médica	8	34	42	4	44	48
Cl. Cirúrgica	12	33	45	8	29	37
Pediatria	1	5	7	1	7	7
Gineco/obst.	9	20	29	3	22	26
Psiquiatria	0	6	7	3	4	7
Total	38	98	136	32	107	140

Fonte: Levantamento de dados.

Nota: Parâmetros nacionais da Portaria 3.046/82 do INAMPS:

- . Clínica Médica = 50 incluindo Pediatria;
- . Clínica Cirúrgica = 18
- . Obstetrícia = 28
- . Psiquiatria = 4

b) a cobertura dada pelos hospitais públicos caiu 16% e a dos hospitais privados 27%;

c) são muito marcantes as quedas de cobertura dos hospitais públicos nas áreas de Clínica Médica e Ginecologia/Obstetrícia. Este fenômeno decorre da redução dos leitos do HUAP e do HEAL;

d) a queda da cobertura dos hospitais públicos não foi maior porque o hospital psiquiátrico melhorou muito a

sua rotatividade. Excluindo-o da análise, a queda apontada no item b) seria de 26%;

e) apesar disso, pode-se falar em aumento da eficiência dos leitos públicos gerais, tendo em vista que a queda do coeficiente de leitos/1.000 habitantes é ainda maior (40%). Essa maior rotatividade seria, de qualquer forma, esperada na medida em que não houve redução do quadro de pessoal e dos custos concomitante à redução do número de leitos.

Em relação aos programas de atenção primária e preventivos há pouca possibilidade de uma análise de cobertura em decorrência das deficiências do sistema de informações.

O programa de vacinações é o único que trabalha com indicadores de cobertura, apesar da sua baixa confiabilidade decorrente de vícios de estimativa do tamanho da população de risco. De qualquer forma é muito importante observar que no período de 1983-1986 o número médio de doses de todas as vacinas aplicadas é menor do que aquele do período de 1980-1982.

No que tange às vacinações contra poliomielite e sarampo, essa deficiência tem sido compensada pela realização das campanhas anuais. É importante lembrar que não ocorrem casos de pólio desde 1980 e que a incidência de sarampo foi drasticamente reduzida após o início das campanhas anuais em 1986 (apenas 1 óbito em 1987).

9.3.5 Qualidade da assistência

Não se fez, até hoje, um estudo da qualidade da assistência médica em Niterói, até porque não existem dados refinados que permitissem esse tipo de análise.

É positiva a avaliação da qualidade feita de forma subjetiva por dirigentes, e por usuários do programa e por uma parte por provedores; eles julgam que, apesar de ainda haver deficiências e limitações, a qualidade da assistência à saúde melhorou significativamente entre 1982 e hoje.

De forma global, nossa apreciação também é positiva em relação à estrutura e ao processo. A insuficiência de informações limita nossa possibilidade de apontar evidências indiscutíveis; assim sendo, faremos

inferências a partir de relatos e de alguns dados objetivos disponíveis.

Evitaremos comentar os aspectos que não nos pareçam estar relacionados à ação do PN, na medida em que um projeto multi-institucional de tal magnitude certamente apresenta resultados que independem da sua influência.

À nosso ver, os aspectos positivos que ocorreram em relação à qualidade da assistência à saúde em Uiterói foram:

a) ampliação do leque de serviços oferecidos, principalmente em decorrência do início de operação do PAM-CPN;

b) ampliação da rede de UPs;

c) implantação de serviços simplificados periféricos de emergência, facilitando o acesso da população dos bairros distantes do HUAP;

d) universalização do acesso de toda a população à toda a rede de serviços públicos;

e) aumento da efetividade dos tratamentos realizados nas UPs;

f) implementação de um sistema de referência de pacientes, o qual deu suporte efetivo à rede de UPs;

g) substancial aumento da rotatividade e efetividade dos tratamentos no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba;

h) mudança no tipo de atendimentos dos programas de saúde da mulher, saúde da criança e saúde oral (não mensurados);

i) racionalização dos serviços de apoio diagnóstico com uma conseqüente ampliação da sua disponibilidade;

j) redução da ociosidade do trabalho médico nas UMSs;

k) melhoria da qualidade das ações de vigilância epidemiológica e do sistema de notificação compulsória de doenças.

CAPÍTULO 10

IMPACTO

10.1 Sobre os níveis de saúde da população

Seria extremamente difícil identificar a inferência das ações do PN sobre o nível de saúde da população assistida, mesmo que se contasse com um sistema de informações bom. A sua existência relativamente curta pode ter contribuído para a melhoria dos padrões de saúde, mas este resultado seria dificilmente evidenciável em tal espaço de tempo a menos que tivesse ocorrido algum fenômeno que provocasse uma inflexão indiscutível das tendências observadas nos últimos 10 anos.

Se observarmos os clássicos indicadores de mortalidade, constatamos que todos eles mostram uma melhoria gradual dos níveis de saúde e colocam Niterói entre as cidades brasileiras com melhores padrões de vida e de saúde.

O coeficiente de mortalidade infantil e a mortalidade proporcional de crianças de até 4 anos vem apresentando decréscimo gradual e maior do que os decréscimos observados no coeficiente de mortalidade geral (Tabelas 4.1, 4.3, 4.4, 10.1). Obviamente a queda menos acentuada do coeficiente de mortalidade geral e a taxa de mortalidade proporcional estão influenciados pelo envelhecimento da população (Figura 3.1); ainda assim, as quedas observadas são bastante expressivas.

É também expressiva a queda da mortalidade proporcional por doenças infecto-parasitárias, principalmente no grupo das diarreias.

Não se observam mudanças significativas da tendência de declínio desses indicadores antes e depois do início do PN.

É importante mencionar neste ponto que a comunidade de Niterói, em geral, demonstra interesse em conhecer melhor e discutir o PN. Repórteres de jornais e rádios com frequência procuram a SE ou a CEL com o intuito de preparar matérias para divulgação ou para ouvir opiniões sobre os

temos mais importantes relacionados à assistência médica no município.

10.1 - Evolução dos indicadores CMG, CMI e MP (1), Niterói, 1979 a 1986

CMG	CMI	MP - 1 ano	MP 1 a 4 anos
100		100	100
98	100	82	107
97	113	93	72
88	82	75	65
92	75	66	62
91	69	61	62
88	57	52	34
91	65	58	34

Projeto Niterói, MS

coeficiente de mortalidade geral

coeficiente de mortalidade infantil

mortalidade proporcional por grupos de idade

10.2 Sobre a satisfação dos usuários

A afirmação de uma representante das AMs sintetiza bem o que se passou com o PN: "As condições de saúde da população não melhoraram, mas a relação da comunidade com os serviços de saúde melhorou muito".

Apesar de não se ter parâmetros de comparação ao longo do tempo, chama a atenção o elevado índice de respostas favoráveis observado no inquérito populacional nos itens referentes à satisfação com os serviços oferecidos pelas UPs.

Nas entrevistas com usuários, todos referiram que a qualidade dos atendimentos e o acesso aos serviços são melhores do que eram antes de 1982.

10.3 Sobre o trabalho e satisfação dos provedores

É muito difícil tirar conclusões a respeito do impacto do PN sobre o trabalho e satisfação de provedores, porque a amostra de pessoas entrevistadas pelos investigadores foi relativamente pequena (cerca de 100) e não foi aleatória. Durante as visitas às unidades buscávamos ouvir tanto as opiniões dos dirigentes como a de outros funcionários presentes; ainda assim, é mais do que provável que, inclusive os opositores e insatisfeitos não se manifestassem francamente frente a um avaliador externo; a presença do avaliador externo é um fator que estimula o brio institucional e o espírito de corpo.

De qualquer forma, não foi pequeno o número de pessoas que fez críticas ao PN e demonstrou insatisfação com os serviços e com os resultados obtidos.

Os aspectos importantes de nossa avaliação sobre o impacto do PN em relação ao trabalho e satisfação dos provedores são os seguintes:

a) as novas modalidades assistenciais e as modificações nas relações entre as instituições não tiveram influência positiva sobre a motivação da grande maioria dos médicos que desenvolvem trabalhos clínicos nas unidades operacionais de nível secundário e terciário;

b) o oposto é verdadeiro para os médicos e demais funcionários que trabalham nas UPs;

c) as propostas e objetivos do PN são um forte fator de motivação para todos aqueles que trabalham na SE do projeto e no nível de direção local das instituições. A maioria dos dirigentes de UPs e alguns dirigentes de PAMs e hospitais também estão fortemente motivados. É esse grupo - talvez de pouco mais que 50 pessoas - que se dedica fortemente a levar adiante a proposta e a tentar convencer o grupo indiferente;

d) o PN não provocou mudanças de atitudes junto à grande maioria dos profissionais que já realizavam o trabalho institucional como uma atividade secundária e marginal de suas vidas;

e) o PN não provocou mudanças de atitudes junto à maioria dos estudantes de Medicina da UFF. Muitos deles ainda desconhecem totalmente o projeto ou a sua significância. Continua sendo grandemente minoritário o grupo de estudantes que se interessa pelo trabalho não-hospitalar ou pela Medicina não-especializada;

f) em que pese isso, as atividades do projeto despertam o entusiasmo dos estudantes (de medicina ou outros cursos) que entram em contato com elas. Não se pode inferir que ponto esse entusiasmo pode se gerador de mudanças de atitude.

CAPÍTULO 11

CONCLUSÕES

11.1 Conclusões

"O projeto Niterói é uma mesa com quatro pernas de tamanhos diferentes; a difícil tarefa do Secretário Executivo é mantê-la equilibrada".

de um profissional de saúde

"A saúde da população de Niterói não melhorou; mas o que melhorou muito foram as relações entre a população e os serviços de saúde".

de um representante da comunidade

Há algumas características fundamentais do PN que são suas "marcas registradas" e que o colocam muito mais na condição de uma experiência inovadora de um modelo de SILOS do que na condição de um projeto tradicional de integração docente-assistencial. Elas são:

1. o PN se propôs ser uma instância de coordenação entre instituições públicas de três níveis governamentais;
2. ele sempre foi obrigado a respeitar a autonomia decisória destas instituições; em outras palavras, o PN nunca teve poder de mando;
3. o PN ousou almejar uma coordenação e reorientação do sistema de saúde como um todo, incluindo as instituições previdenciárias;
4. o PN se propôs a organizar a universalização da assistência médica, permitindo o acesso de toda uma população

de cerca de 500.000 habitantes a toda rede de serviços públicos e privados contratados.

A magnitude e o escopo de suas proposições permitem antever a quantidade de dificuldades que tal projeto enfrentou no processo de mudanças, ainda mais quando consideramos que a metodologia de trabalho para a implementação dos SILOS era praticamente desconhecida em 1982.

Ao longo desse relatório, essas dificuldades e a limitação do sucesso dos objetivos processuais estiveram sempre presentes. Certamente, vários insucessos são só aparentes e decorrentes da fragilidade do sistema de informações, este sim, um verdadeiro ponto falho do PN.

Mais do que falhas no gerenciamento do modelo, os insucessos devem ser vistos sob a ótica dos problemas a serem enfrentados no processo de mudanças sociais e servem como lições para grande movimento de organização dos SUDS no Brasil, caminho para o sistema-único de saúde.

Do ponto de vista do diálogo multi-institucional com vistas ao planejamento e uso racional dos recursos, o PN antecedeu em três anos as AIS, plano que é considerado o início da ampla reforma sanitária que se implanta no Brasil.

O PN conseguiu colocar permanentemente em torno de uma mesa de discussões quatro grandes instituições com distintas culturas e estruturas de poder. Ao longo desses anos, essas instituições conseguiram chegar a vários pontos de interesse consensual e intercambiando ou cedendo recursos, abriram mão do poder individual em favor da melhoria do sistema como um todo.

A maior parte do mérito pelos sucessos alcançados corre por conta do INAMPS e da SMS. Do primeiro porque, poderoso em estruturas e em recursos financeiros, facilitou o acesso de toda a população ao grande universo de serviços de que dispõe ou que tem poder para comprar e porque sempre socorreu as outras instituições mais pobres de recursos. Da SMS porque investiu na criação da rede básica de serviços e criou as condições para a fertilização do ideal.

A SE do PN atuou como o verdadeiro tecido conjuntivo que impediu que as instituições, imersas em seus problemas específicos, se dispersassem ou negligenciassem a implementação das decisões e os GTs deram a capilaridade necessária para que as decisões se transformassem em ações concretas ao nível das unidades operacionais.

11.2 Reflexões finais sobre o atual cenário do PN

1 - Sobre o contexto

A crise econômica iniciada após o choque do petróleo e que atinge o Brasil a partir de 1973-79 e teve seu ápice até agora em 1982, não está dando sinais de se retirar, ao contrário a tendência é piorar, principalmente devido ao uso recente de políticas econômicas ortodoxas (valorização de exportações, redução a qualquer custo do déficit público, enxugamento da base monetária via aumento de juros, diminuição de créditos, arroxo salarial, etc). Em Niterói é sensível este quadro dado o aumento do número de favelas, o desaquecimento do setor secundário, a pressão por serviço oriundo das áreas em estagnação econômica ao norte do estado.

2 - Sobre a demografia

A população de Niterói está envelhecendo, a natalidade está caindo, a rede de serviços não está acompanhando o crescimento da população (embora mais lento).

3 - Sobre o estado de saúde

Em que pese as duas variáveis anteriores, os indicadores disponíveis demonstram uma tendência nítida a melhorarem alguns em particular apresentam até um aparente patamar em 1985-86. Sintoma do recrudescimento do quadro social é o aumento da importância das causas externas - em particular homicídios. As doenças preveníveis por vacinação estão sob controle, o sistema de vigilância epidemiológica é eficaz, a rede de captação de pacientes portadores de tuberculose é maior e melhor.

Institucional: as organizações públicas de Niterói estão a um passo de passar para um novo estágio de sua integração, que é a sua unificação. A experiência do PN na integração dos serviços, mostrou-se adequada e aponta para uma evolução natural dentro deste momento. Romper com a multiinstitucionalidade e gerar um modelo novo a nível municipal, e agora com real descentralização do processo decisório e de financiamento.

Oferta de serviços: aqui deve-se destacar o redirecionamento da atenção para as UPS, o apoio a sua resolutividade dado pela crescente importância do apoio diagnóstico e terapêutico exercido pelo CPN, pelo aumento

crescente da referência formal (em que pesem os problemas aí existentes). Porém deve ser destacada a queda da produção e oferta de serviços decorrentes da frouxidão com que os casos dos hospitais HAL e HGF foram conduzidos, bem como a decisão sobre a destinação dos PAMs Araribóia e Amaral Peixoto. Dentro em breve a oferta potencial que o HUAP e HGF poderão oferecer a rede devolverão o potencial resolutivo que esta vem demandando. Continuarão, no entanto, carecendo de solução as áreas de internação em pediatria e obstetrícia, que não foram adequadamente resolvidos no projeto: em parte isto se deveu a falta de um sistema de informações que pelo menos funcionasse oferecendo os indicadores propostos pelo GT de informações em seu trabalho de 1982.???

Eficiência: pelo que se apontou até agora, em particular ao HAL, HGF, PAM Amaral Peixoto e Araribóia, a eficiência do PN deixou muito a desejar, tanto do ponto de vista financeiro quanto do rendimento físico e humano e de novo esteve-se frente a problemas complexos é verdade, de tomada de decisão (e a não tomada, dentro do contexto multiinstitucional até é explicável, porém não aceitável).

Eficácia: é inegável que o PN aumentou a eficácia de todo o setor público e até influenciou uma parte do setor privado. As ações curativas e preventivas tiveram um importante alento técnico e organizacional. O envolvimento da Universidade, embora eventualmente bissexto, foi fundamental para esta avanço.

Desenhado este rápido cenário, através destas poucas variáveis a questão que sobra é: e a efetividade? Embora não mensurável diretamente, pode-se dizer que ela se alterou positivamente? E se sim, por obra do PN?

Até este momento, e neste mesmo Capítulo, não se arriscou em nenhum momento uma inferência tendente a positivar essa assertiva. Porém, em que pesem as falhas do sistema de informações, em que pese a falta de uma base populacional confiável (em particular com respeito a natalidade): os serviços estão integrados, a eficácia sem dúvida aumentou, a oferta se manteve estável (considerando os controlados) ou até cresceu, o meio ambiente - as condições de vida - ficaram mais agressivas, e os indicadores clássicos de saúde continuaram a sua tendência regressiva.

A N E X O S

ANEXO

INQUÉRITO DE POPULAÇÃO

PROJETO NITERÓI

A-1 COMPOSIÇÃO FAMILIAR

NOME	IDADE	SEXO	RELAÇÃO COM O CHEFE	COBERTURA DE ASSIST. MÉDICA

A-2 OCUPAÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA

A-3 GRADUACÃO DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA

A-4 TOTAL DE RENDA DA FAMÍLIA (especificar quem contribui e em quanto)

A-5 INFORMANTES

NECESSIDADES SENTIDAS

- B-1 Alguém neste domicílio apresentou algum problema de saúde nos últimos 30 dias? SIM NÃO.
- B-2 Se a resposta à questão anterior for positiva, responda às seguintes perguntas para cada pessoa: (utilize espaço no verso, se necessário)
- B-2.1 Qual foi o problema?
- B-2.2 Quando se iniciou?
- B-2.3 Achou necessário receber assistência médica?
- B-3 Mesmo que ninguém tenha apresentado doenças, você acredita que seria importante ter recebido orientação nos serviços de saúde?

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS .

C-1 Alguém desta casa procurou algum serviço de saúde nos últimos 30 dias? SIM NÃO

Caso a resposta à questão anterior seja positiva, responda:
(utilize o verso se necessário)

C-2 Onde foi(foram) atendida(s)?

C-3 Quantas consultas foram feitas nos últimos 30 dias?
Descreva onde recebeu as consultas e os eventuais exames feitos.

C-4 Há alguém que, mesmo não tendo ido a um serviço de saúde nestes últimos 30 dias, esteja matriculado em algum serviço e que esteja fazendo um tratamento com orientação médica?

CONHECIMENTO A RESPEITO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

- D-1 O Sr. (Sra.) sabe qual é e onde fica o serviço público de saúde que atende a este bairro (ou região)?
- D-2 Qual são as situações em que o Sr. (Sra.) procura este serviço?
- D-3 Qualquer pessoa pode ser atendida neste serviço?
- D-4 O Sr. (Sra.) saberia dizer em que situações se deve procurar o centro de saúde, ou o hospital ou o pronto-socorro?

1. SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS

2. Alguém deste domicílio já se utilizou, alguma vez, dos serviços públicos de saúde do seu bairro? SIM NÃO

3. Se a resposta for afirmativa, diga:

E-1.1 Você acha que as instalações são limpas e bem conservadas?

E-1.2 Você acha que os funcionários são atenciosos?

E-1.3 Você acha que o tratamento que recebeu foi bom?

4. Se a resposta à questão E-1 for negativa, diga:

E-1.4 Por que vocês não procuram os serviços públicos de saúde?

5. Na sua opinião, é fácil poder receber consultas nos serviços do seu bairro?

6. Quanto tempo se gasta para chegar ao centro de saúde mais próximo? E ao hospital?

7. O horário de funcionamento dos centros de saúde e ambulatórios é conveniente para você e sua família? Por que?

PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

- F-1 Você ou alguém de sua família participa de atividades de alguma associação de comunidade? (por exemplo, de igreja ou sociedade amigos do bairro?)
- F-2 Ali se discutem assuntos relacionados aos problemas de saúde? Quais? (auto-cuidados, demanda por serviços, etc)
- F-3 Quando as pessoas não estão satisfeitas com os serviços de saúde, que maneiras elas têm para se manifestar?
- F-4 O Centro de Saúde já lhes ofereceu alguma orientação sobre problemas de saúde em geral? Quais? De que forma?

ANEXO

QUESTIONÁRIO AOS CHEFES DE UNIDADES PRIMÁRIAS

ESTRUTURA FÍSICA

1. Quantos consultórios médicos e odontológicos há na unidade? Quantas salas para outras atividades de apoio técnico?
2. Qual a área física (m² de construção) da sua unidade?

ESTRUTURA DE PESSOAL

3. Qual o número total de funcionários da unidade?
4. Quadro de profissionais de nível universitário:

carga horária médico dentista enfermeira psicólogo outros
(semanal)

20

30

40

OBS: não incluir os profissionais que frequentam a unidade para atividades docente-assistenciais. Incluir os profissionais de outras instituições à disposição da unidade.

5. Há profissionais lotados na unidade cedidos por outras instituições? Quais são e qual a sua carga horária?

SERVIÇOS OFERECIDOS

6. Que serviços são oferecidos? Para cada um dê uma explicação sucinta ou esclarecimentos que julgar necessários.
- de consultas de clínicas básicas
 - de consultas de especialidades
 - de pronto atendimento
 - de emergência
 - de odontologia
 - de radiologia
 - de laboratório
 - de vacinação
 - de vigilância epidemiológica
 - de vigilância sanitária
 - de psicologia
 - de nutrição
 - outros

PROGRAMAS

7. Quais programas estão organizados e em andamento? Quais são as atividades essenciais destes programas?
8. Em relação aos seguintes programas, responda:
- Qual o índice de cobertura?
 - Que critérios voce utiliza para fazer esta estimativa?
 - Que fatores favorecem a cobertura atingida?
 - Que fatores atuam negativamente para que se atinja uma cobertura completa?
 - pré-natal (incluindo o encaminhamento para o parto)
 - vacinações
 - atenção a menores de 1 ano
 - atenção a crianças de 1 a 4 anos
 - atenção ao adulto
 - saúde oral

OFERTA E DEMANDA DE SERVIÇOS

9. Qual a sua opinião sobre a relação de oferta e demanda de serviços das diversas atividades? Utilize dados concretos se possível; por exemplo, proporção de pacientes rechaçados diariamente, tempo médio de demora para agendamento de consultas, relação de consultas de primeira vez e consultas subsequentes, etc.

12. Há alguma ociosidade em alguma área de atendimento?

13. Qual a proporção de atendimentos em regime de pronto-atendimento? Essa proporção é resultado de uma política da unidade ou ocorre em função da demanda espontânea?

14. Sua unidade mantém registros que permitam determinar a residência dos clientes? Esses dados são analisados?

15. Qual a proporção de atendimentos a clientes oriundos de: (obs.: indique se essa proporção é uma estimativa ou se é obtida através dos registros)

- área geográfica da unidade
- outros bairros de Niterói
- São Gonçalo
- Itaboraí
- Maricá
- outros municípios

OUTROS ASPECTOS REFERENTES À UNIDADE

14. Sua unidade recebe alguma tipo de supervisão? Em que atividades? Qual a sua opinião sobre ela?

15. Você tem condições de avaliar sua unidade em relação a outras similares do Projeto Niterói? Os dados que a sua unidade produz retornam a você como informação analisada? Você recebe informações sobre outras unidades? (produção, programas desenvolvidos, dificuldades e soluções encontradas). Como?

16. Que opinião você tem sobre a qualidade dos diversos serviços prestados pela sua unidade e a relevância dos mesmos para a comunidade servida? Cite, por ordem de prioridade, três maneiras de melhorá-la.

REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

17. Descreva como funciona o sistema de referência para consultas especializadas, exames de laboratório e radiologia, transporte de pacientes. Que tipos de exames de laboratório e radiologia voce pode dispor?

18. Como funciona a contra-referência?

19. Utilizando uma escala de 0 a 10, que nota voce daria para a qualidade do sistema de referência nos itens do quadro abaixo? (indique N.A. quando a resposta ao item não se aplicar)

	labora- tório	R-X	consultas especial.	inter- nação	trans- porte
a. instrumentos formais (guias, relatórios)					
b. recebimento do paciente referido					
c. facilidades para o paciente					
d. tempo de espera para o atendimento					
e. demora para o retorno dos resultados à unidade					
f. satisfação da clientela					
g. satisfação do profissional que referiu					
h. resolutividade					
i. gama de serviços oferecidos					

20. Quais são, por ordem de importância, os três aspectos mais positivos do sistema de referência?

21. E os três aspectos mais negativos? Como voce acha que podem ser melhorados?

22. Quais são, por ordem de importância, os três aspectos mais importantes que limitam o sistema de contra-referência?

23. Quais são, por ordem de importância, as medidas que devem ser tomadas para melhorar o sistema de contra-referência?

GERÊNCIA DA UNIDADE

24. Você participa/determina o planejamento de recursos humanos de sua unidade? E em relação aos programas e atividades?

25. Você conhece os objetivos da sua organização? Liste os mais importantes.

26. Qual a frequência com que você mantém reuniões com:
a) seus subordinados, b) sua chefia imediata, c) autoridade maior da organização?

27. Que estilo de gerência você acha que tem:

- a) paternalista: a última palavra é a sua, porém você discute com algumas pessoas quando tem dúvidas; busca a concordância dos outros com os seus pontos de vista; procura ser cordial, mesmo que isso signifique ter que ser um pouco "político";
- b) autoritário: você decide; é autêntico; objetivo; conciso;
- c) participativo: só decide em grupo; tende a gerenciar os conflitos trabalhando grupos, mesmo que às custas de demora para tomar decisões.

28. Como você considera que está sendo a gestão da sua unidade? Por que?

SISTEMAS DE APÓIO ADMINISTRATIVO

29. Voce participa em alguma fase da contratação de pessoal? Qual?
30. Quem, dentro da sua organização, decide sobre punições e demissão de pessoal?
31. Voce influi ou planeja as férias do seu pessoal?
32. Voce determina as necessidades de treinamento e/ou desenvolvimento do seu pessoal? Se sim, como? Se não, quem determina?
34. Que recursos financeiros voce tem sob sua gestão direta e que uso voce faz deles?
35. Voce determina/participa da confecção do orçamento-programa da sua unidade? Voce é ordenador de despesas?
36. Qual é a sua opinião sobre o sistema de provisão de materiais para sua unidade? Que participação voce tem na determinação da qualidade, quantidade e prazos de distribuição dos materiais que utiliza?
37. E em relação à provisão de medicamentos, especificamente?
38. Como se dá a manutenção das edificações e equipamentos da sua unidade? Que participação voce tem na decisão, no planejamento e no pagamento das despesas?

SATISFAÇÃO E PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

39. Qual a sua opinião sobre o grau de satisfação da clientela inscrita na sua unidade?
40. Como voce acha que a comunidade circunvizinha à unidade a vê?

41. Na área de abrangência de sua unidade há associações organizadas de moradores? Se positivo, como elas se relacionam com o seu serviço? Qual o tipo de demanda que apresentam?

42. Há atividades voltadas para a comunidade de uma forma geral? Quais? Quem costuma frequentá-las?

43. Você tem recebido a colaboração da comunidade? Em que atividades? Essa atividade é totalmente voluntária ou há alguma forma de retribuição?

ATIVIDADES DE ENSINO/DOCÊNCIA

44. A sua unidade é campo de atividades de ensino? Se positivo, responda, também, as questões abaixo.

45. Que estudantes e professores frequentam a unidade?

46. Que atividades desenvolvem?

47. Em que horários e dias da semana? Durante o ano todo?

48. Os profissionais da unidade tem alguma participação nas atividades de ensino? Qual?

49. Qual a sua opinião sobre o relacionamento da "área de ensino" e a unidade como um todo? Você sente que eles colaboram com o serviço ou "apenas o usam"?

50. Qual a proporção dos atendimentos que é prestada pelos professores e alunos?

51. Os atendimentos que eles fazem são computados nos boletins de produção? Se positivo, você calcula regularmente a participação deles na produção geral?

OPINIÕES SOBRE O PROJETO NITERÓI

52. O que é para você o Projeto Niterói?

53. Desde o ponto de vista da sua unidade, como ele evoluiu e que benefícios trouxe?

54. Ainda, desde o ponto de vista da sua unidade, quais são os cinco aspectos mais positivos do Projeto Niterói? (liste por ordem de importância).

55. E os cinco pontos mais negativos? (por ordem de importância)

56. Falando como um profissional da área da saúde e vendo o problema numa perspectiva mais abrangente de todo o sistema, quais são os três aspectos mais positivos e os três aspectos mais negativos do Projeto Niterói? (liste por ordem de importância)

57. Qual a sua opinião sobre o que será o futuro do Projeto?

58. Qual a sua opinião sobre como deveria ser o futuro do Projeto?

Acrescente quaisquer outras considerações que julgar importantes que não tenham sido abordadas pelo questionário.

Anexo

QUESTIONÁRIO SOBRE LIDERANÇA
- SECRETÁRIO EXECUTIVO -

1. Na sua opinião, qual é a importância da Coordenação do Projeto para a melhoria da prestação de serviços de saúde?
2. O Secretário Executivo tem poder para tomar decisões diretas que afetem a prestação de serviços?
3. Como são tomadas as decisões estratégicas, isto é, aquelas que abrangem a filosofia de trabalho e as diretrizes do projeto?
4. E as organizacionais?
5. E as operativas?
6. Qual é o papel do órgão colegiado?
7. Quem coordena as reuniões do órgão colegiado? Quem prepara a agenda das reuniões? Como? Qual a frequência das reuniões?
8. Qual é o papel de tais reuniões para o desempenho dos serviços das instituições envolvidas no PN?
9. Como o Secretário Executivo se comporta em relação às decisões das reuniões?
10. Qual é o papel do Secretário Executivo na implementação das decisões tomadas pelo colegiado?
11. Na sua opinião, qual é o papel do colegiado na execução do projeto?

ANEXO

QUESTIONÁRIO SOBRE A LIDERANÇA - PARA MEMBROS DOS GRUPOS DE TRABALHO -

OBSERVAÇÃO:

O objetivo deste questionário é colher opiniões muito pessoais; rogamos que você não se identifique, que as respostas sejam fruto exclusivamente de uma reflexão pessoal e que nos sejam enviadas em envelope fechado até o dia 27 de maio na sede da Secretaria Executiva.

INDIQUE SE VOCE É:

- a - membro permanente de um grupo de trabalho, isto é, se todo o seu tempo no projeto você fica à disposição do GT;
- b - membro eventual de um grupo de trabalho, isto é, se você divide o seu tempo de trabalho entre atividades num GT e numa unidade de serviço

COM RELAÇÃO AO ESTILO DE LIDERANÇA DA COMISSÃO EXECUTIVA LOCAL:

1. Quando e como a CEL discute com você temas relativos a suas tarefas?
2. Com que frequência a CEL solicita a contribuição da equipe do projeto (GTs, integrantes de unidades) para tomar decisões?
3. Os membros da CEL transmitem à equipe as informações acerca dos serviços de suporte do contexto geral do Projeto? Que tipo de informações é transmitida a você?
4. Como você descreveria o estilo de liderança da CEL?
5. Na sua opinião, qual é o papel da CEL?

COM RELAÇÃO AO ESTILO DE LIDERANÇA DO SECRETÁRIO EXECUTIVO:

6. Quando é como o Secretário Executivo discute com voce temas relativos a suas atividades?
7. Com que frequência o Secretário Executivo solicita a contribuição da equipe do projeto para tomar decisões? Quem são as pessoas/cargos mais frequentemente solicitadas?
8. O Secretário Executivo transmite à equipe as informações acerca dos serviços de saúde e do contexto do projeto? Que tipo de informação é transmitida a voce?
9. Na sua opinião, durante o trabalho em equipe (em reuniões de trabalho, por exemplo), o Secretário Executivo lhe parece mais interessado em (faça só uma opção):
 - a - assegurar-se de que as tarefas sejam cumpridas e as decisões sejam tomadas;
 - b - envolver todos os participantes na discussão e escutar todos os pontos de vista;
 - c - assegurar um clima de entendimento entre os membros da equipe.
10. Que tipo de decisões são tomadas pelo seu Grupo de Trabalho? (exemplifique)
 - a - estratégicas (decisões que abrangem a filosofia de trabalho do projeto e as suas grandes linhas de ações);
 - b - organizacionais (decisões sobre a forma de organização do trabalho e da interação entre as instituições para atingir um fim desejado);
 - c - operacionais.
11. Na sua opinião, o Secretário Executivo tem preferência por reuniões de trabalho em grandes grupos, pequenos grupos ou individuais?
12. Com que frequência ocorrem as reuniões do seu GT e com que objetivo? Na sua opinião, essa frequência é insuficiente, excessiva ou ideal?
13. Com que frequência e objetivo o Secretário Executivo participa destas reuniões?
14. Liste, por ordem de importância, quais são as áreas do projeto que o Secretário Executivo acompanha mais de perto:
 - a - pessoal
 - b - materiais e equipamentos
 - c - medicamentos
 - d - programas

e - vigilância epidemiológica.
f - financiamento

15. Com que frequência exerce o controle sobre estas áreas e com que instrumentos?
16. Como você descreveria o estilo de liderança do Secretário Executivo?
17. Na sua opinião, qual é o papel do Secretário Executivo?

GLOSSÁRIO DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AFR	Associação Fluminense de Reabilitação
AIS	Ações Integradas de Saúde
AM	Associação de moradores
CEL	Comissão Executiva Local do Projeto Niteroi
CIP	Conselho Interministerial de Planejamento (Presidência da República)
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CPN	PAM "Centro Previdenciário de Niteroi
CS	Centro de Saúde (SES)
FIOCRUZ	Fundação Instituto "Oswaldo Cruz" (MS)
GT	Grupo de Trabalho do Projeto Niteroi
HEAL	Hospital Estadual "Azevedo Lima"
HEGVF	Hospital Estadual "Getúlio Vargas Filho"
HOF	Hospital "Orencio de Freitas"
HUAP	Hospital Universitário "Antonio Pedro"
IBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional da Previdencia Social
INAMPS	Instituto de Assistencia Médica da Previdencia Social
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MPAS	Ministério da Previdencia e Assistencia Social
MS	Ministério da Saúde
MTb	Ministério do Trabalho
PAM	Posto de Assistencia Médica (INAMPS)

DAS Projeto de Integração Docente Assistencial (UFF)

SMI Programa Integrado de Saúde Materno-infantil (UFF)

Projeto Niteroi

Posto de Saúde (SES)

Programa de Suplementação Alimentar (MS)

serviços de apoio diagnóstico e terapeutico

Secretaria Executiva do Projeto Niteroi

Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro

Secretaria Municipal de Saúde de Niteroi

Superintendencia de Controle Ambiental (MS)

Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

Universidade Federal Fluminense (MEC)

Unidade Municipal de Saúde (SMS)

8* Conferencia Nacional de Saúde