

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA**

**A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO  
PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS – RJ, NA  
PERSPECTIVA DOS GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**Renata Bessa de Andrade**

**Orientadora: Profa. Dra. Jeni Vaitsman**

Rio de Janeiro, julho de 2005.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA**

**A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO  
PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS – RJ, NA  
PERSPECTIVA DOS GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**Renata Bessa de Andrade**

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Professor Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

**Orientadora: Profa. Dra. Jeni Vaitsman**

Rio de Janeiro, julho de 2005.

ANDRADE, Renata Bessa de

A Implementação do Programa de Humanização do Pré-natal no município de Duque de Caxias – RJ, na perspectiva dos gestores e profissionais de saúde. Rio de Janeiro, 2005.  
xi, 98 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2005.

Orientador: Jeni Vaitsman

1.Sistema Único de Saúde; 2.Humanização; 3.Pré-natal; 4.Análise de Implementação; 5.Políticas Públicas; 6.Servidor Público.

I.Vaitsman, Jeni (Orient.).  
Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

***Dedico este trabalho a toda a família e, em especial, aos meus pais, Elvira e Mário, e à sobrinha Maria Clara, que chegou para encher nossos corações de amor.***

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço às pessoas e às Instituições que possibilitaram a construção desta dissertação e que para ela colaboraram. Todos aqui referidos estão isentos de qualquer responsabilidade pelos resultados deste estudo.

À Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz, por ter-me proporcionado o prazer de participar do curso de Mestrado em Saúde Pública na subárea de Políticas Públicas e Saúde.

À Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, por permitir o desenvolvimento da dissertação na rede, bem como ao Dr. Iveraldo de Carvalho Pessôa, ex-secretário de saúde e querido amigo, por tudo que me ensinou e ensina sobre gestão, além do estímulo para fazer a formação.

À Jeni Vaitsman, querida e brilhante orientadora, pelo privilégio de aprender tanto com você, pela eterna paciência, gentileza e atenção. Sua inteligência e conhecimento são surpreendentes e admiráveis.

A todos os professores da ENSP, em especial, José Mendes Ribeiro, Nilson do Rosário Costa, Eliana Labra e Mônica Campos, pelo prazer de assistir suas aulas maravilhosas durante o curso.

À Professora Dra. Stella Taquette, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, querida amiga, cujas parcerias são sempre um privilégio, por, entre outras coisas, ter-me apresentado a Fiocruz e estimulado a cursar o Mestrado na ENSP.

Às minhas colegas de turma do mestrado, em especial, as amigas Vanessa Schotlz e Patrícia Poll, pela convivência alegre e pelas saídas

interessantes durante todo o curso. Espero que nossos caminhos se cruzem novamente algum dia.

Aos amigos que me deram apoio e estímulo, além de se adaptarem a minha ausência temporária, particularmente, Sandra Taquette, Mônica Gonçalves, Lúcia Bulcão, Luciane Pessôa, Jorge Lucena, Jorge Luiz Monteiro, Dalmir Machado, Gustavo Machado, Queila Werner e Sérgio Teixeira.

À Eliana Granja por tudo, tudo mesmo e mais um pouco.

Aos professores doutores, titulares e suplentes que compuseram as bancas examinadoras da qualificação e da defesa da tese.

E, por fim, aos colegas servidores que possibilitaram a construção deste trabalho com sua receptividade e riqueza de relatos. Gosto de pensar que as reflexões desenvolvidas na dissertação poderão contribuir para que nossa jornada na rede de saúde seja mais feliz e harmônica, esperando que os sanitaristas 'do bem' sejam capazes de ver como estamos e somos, quais as nossas necessidades reais e de que modo vemos o SUS.

## RESUMO

A tese analisa o processo de implementação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do município de Duque de Caxias-RJ na perspectiva dos gestores e profissionais de saúde. A estratégia metodológica é a de pesquisa qualitativa com foco nas interações entre os atores bem como nos valores, crenças e atitudes associados à humanização por parte de gestores e profissionais de saúde. O modelo de análise focaliza a perspectiva dos profissionais diretamente relacionados à implementação municipal do programa. Estudamos como esses atores estão executando o PHPN nas unidades da rede do município. Constatamos que a gestão local nem sempre compreende ou tem condições de abordar essa implementação como processo que depende da presença do pré-natalista, deixando de lado a informação aos atores principais do programa. Muitos são os desafios, como, por exemplo, a descentralização total das unidades de assistência à saúde em todos os níveis de complexidade, bem como o desenvolvimento de práticas de controle dos resultados, o que poderia aumentar a capacidade de *accountability* dos gestores pelo melhor direcionamento e controle dos recursos empregados. Concluimos que o desconhecimento da dimensão dos objetivos claros e consistentes não se refere apenas à implementação do programa, mas também ao universo normativo que rege a administração pública local. Na dimensão relacionada à integração hierárquica entre as instituições implementadoras, o SUS é visto como palco de disputas burocráticas e de difícil articulação. Na dimensão do recrutamento de implementadores, de profissionais de saúde e de gestores observamos os limites dos recursos humanos recrutados como implementadores tanto com relação a sua capacitação quanto à quantidade necessária para pôr em prática e manter as inovações propostas em lei. Na dimensão das dificuldades/facilidades técnicas, vimos que Caxias ainda possui estrutura pouco desenvolvida no que se refere à qualidade dos dados obtidos. A dimensão que diz respeito à extensão das mudanças comportamentais requeridas dos profissionais de saúde está vinculada à incorporação, por parte dos estatutários, das propostas expressas no PHPN. É necessário que a melhoria da atenção prestada se relacione ao aumento da qualidade da atenção e não ao incremento da cobertura por crescimento indiscriminado do número de consultas realizadas pelo mesmo contingente de profissionais. Humanização se relaciona à Qualidade da Atenção, a qual depende, em parte, da contratação de mais recursos humanos de diversas profissões de saúde, que estejam sempre capacitados às funções em que há demanda excedente de usuários. A mortalidade materna e neonatal pode ser modelada de maneira positiva, caso sejam alcançadas as inovações propostas por políticas como a desenhada pelo PHPN. Para tanto é de suma importância adaptar os meios ao maior monitoramento da implementação dessas propostas, objetivando o controle dos indicadores de resultados e realizando busca ativa nos municípios onde ainda se encontram ausentes, para estudo, os dados do Sis prenatal previstos na proposta e ideologia do PHPN.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Humanização; Pré-natal; Análise de Implementação; Políticas Públicas; Servidor Público.

## ABSTRACT

This thesis analyzes the implementation process of the Prenatal and Childbirth Humanization Program (PHPN) of the municipality of Duque de Caxias (state of Rio de Janeiro, Brazil), from the perspective of managers and health professionals. The methodological approach used is that of qualitative research, with a focus on the interaction between the actors involved, as well as the values, beliefs and attitudes in relation to humanization on the part of health administrators and health professionals. The analytical model focuses on the perspective of the professionals directly related to the municipal implementation of the program. We examine how these actors are executing the PHPN in the units of the municipal system. Local public administration does not always either include or provide conditions for approaching implementation as a process that depends on the presence of the prenatal specialist, leaving aside the question of information to the leading actors of the program. There are many challenges to be faced, such as the total decentralization of the health assistance units with the many levels of complexity, for example, as well as the development of control practices for results. Such measures could increase the accountability potential of the administrators through enhanced powers to direct and control the resources employed. We concluded that lack of awareness of the dimension of clear and consistent objectives does not only refer to the implementation of the proposed program, but also to the universe of guidelines governing local public administration. As regards the dimension relating to the hierarchic integration within and among implementing institutions, the Brazilian Public Health System (SUS) is seen as the stage for bureaucratic disputes and difficulty of articulation. In the dimension of recruitment of implementing health professionals and managers, we observed the limits of the human resources recruited as implementers both in relation to their qualifications and to the number of them required to put into practice and maintain the legally sanctioned innovations. In the dimension relating to technical difficulties/advantages, we saw that Caxias still has an underdeveloped structure with respect to the quality of data obtained. The dimension that deals with the extent of the behavioral changes required of the health professionals is linked to the adoption by the existing career staff of the proposals contained in the PHPN. It is essential that the improvement of care given be linked to enhancement of the quality of care and not to the increase in coverage by indiscriminate growth of the number of appointments given by the same contingent of professionals. Humanization is linked to Quality of Attention given, which depends, to a certain extent, on the hiring of more human resources from the broadest possible gamut of health professionals, who should always be specialized in areas for which demand outstrips supply. Maternal and neonatal mortality can be modeled in a positive light, as long as it is possible to achieve the innovations proposed in policies, such as those contained in the PHPN. For this to occur, it is of the utmost importance to adapt the means for closer monitoring of the implementation of these proposals, with a view to controlling the result indicators and conducting an active search in municipalities where the SISPRENATAL/DATASUS database, as established in the proposal and ideology of PHPN, is still unavailable for study.

Key-words: Brazilian Public Health System (SUS); Humanization; Prenatal; Implementation Analysis; Public Policy; Civil Servant.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO I. MORTALIDADE MATERNA, PRÉ-NATAL E O PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN) .....	17
1.1 Antecedentes.....	17
1.2 O Pré-Natal.....	19
1.3 Humanização.....	21
1.4 Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) .....	22
CAPÍTULO II. PROCEDIMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS.....	25
2.1 Marco Teórico.....	25
2.2 Metodologia .....	28
2.3 CATEGORIAS DE ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO.....	30
2.3.1 <i>Universo Normativo</i> .....	30
2.3.2 <i>Manejo do Problema</i> .....	31
CAPÍTULO III. O MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS.....	35
3.1 Panorama Político do Município.....	46
CAPÍTULO IV. A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS.....	50
4.1 Antecedentes Históricos .....	50
4.2 A Saúde Municipal Hoje.....	53
4.2.1 <i>Recursos Humanos</i> .....	53
4.2.2 <i>A Atenção Básica</i> .....	56
4.2.3 <i>O Sistema Hospitalar ou a Atenção Terciária</i> .....	60
4.2.4 <i>O PHPN em Duque de Caxias</i> .....	67
CAPÍTULO V. UNIVERSO NORMATIVO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PHPN EM DUQUE DE CAXIAS.....	70
5.1 Universo Normativo .....	70
5.1.1 <i>Objetivos claros e consistentes</i> .....	70
5.1.2 <i>Integração hierárquica dentro e entre instituições implementadoras</i> .....	75
5.1.3 <i>Recrutamento de implementadores, profissionais de saúde e gestores</i> .....	80
CAPÍTULO VI. O MANEJO DO PROBLEMA NA IMPLEMENTAÇÃO DO PHPN EM DUQUE DE CAXIAS.....	83
6.1.1 <i>Dificuldades/Facilidades Técnicas</i> .....	83
6.1.2 <i>Extensão das mudanças comportamentais requeridas dos profissionais de saúde</i> .....	87
CONCLUSÕES.....	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	100
ANEXOS.....	105
Anexo 1. Roteiro de Perguntas dos Médicos Pré-natalistas.....	106
Anexo 2. Consentimento Esclarecido aos Gestores .....	107
Anexo 3. Consentimento Esclarecido aos Médicos Pré-natalistas .....	108

Anexo 4. Roteiro de Perguntas do Gestor I.....	109
Anexo 5. Roteiro de Perguntas do Gestor II.....	110
Anexo 6. UF Despesas .....	111

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 3.1 POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS SEGUNDO DISTRIBUIÇÃO POR DISTRITOS – 2001 .....	35
QUADRO 3.2 ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS – 1991/ 2000.....	36
QUADRO 3.3 PORCENTAGEM DA RENDA APROPRIADA POR EXTRATOS DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS – 1991/2000.....	38
QUADRO 3.4 INDICADORES DE RENDA, POBREZA E DESIGUALDADE DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS – 1991/2000.....	38
QUADRO 3.5 ACESSO A SERVIÇOS BÁSICOS DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS – 1991 / 2000.....	39
QUADRO 3.6 RECEITA ARRECADADA NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS NOS ANOS 1996 / 2000 COM RELAÇÃO AO INCREMENTO DE ARRECAÇÃO PORCENTUAL .....	39
QUADRO 3.7 POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO DISTRIBUÍDA DE ACORDO COM A TAXA PERCENTUAL DE ANALFABETISMO E DE MATRÍCULAS NOS NÍVEIS DE ENSINO PÚBLICO – 2000.....	43
QUADRO 4.1 QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ATIVIDADE, REMUNERAÇÃO EM REGIME DE PLANTÃO OU NÃO. DUQUE DE CAXIAS – 2001 .....	54
QUADRO 4.2 ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS, RIO DE JANEIRO – 2000 A 2003 .....	55
QUADRO 4.3 QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ATIVIDADE OU INATIVOS E FOLHA DE REMUNERAÇÃO MENSAL TOTAL. DUQUE DE CAXIAS – 2001 .....	55
QUADRO 4.4 REDE DE ATENÇÃO BÁSICA E AMBULATORIAL DOS DISTRITOS SANITÁRIOS MUNICIPAIS – DUQUE DE CAXIAS.....	57
QUADRO 4.5 NÚMERO E PROPORÇÃO DE UNIDADES AMBULATORIAIS DE DUQUE DE CAXIAS POR TIPO DE PRESTADOR – 2002 .....	57
QUADRO 4.6 CONSULTÓRIOS MÉDICOS E EQUIPOS ODONTOLÓGICO DE UNIDADES AMBULATORIAIS DE DUQUE DE CAXIAS/RJ – 2003 .....	58
QUADRO 4.7 CONSULTÓRIOS MÉDICOS E EQUIPOS ODONTOLÓGICOS DE UNIDADES AMBULATORIAIS DE NITERÓI/RJ – 2003 .....	58
QUADRO 4.8 VALORES PER CAPITA EM REAIS NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS – 2001 A 2004 .....	59
QUADRO 4.9 VALORES MÉDIOS ANUAIS EM REAIS NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS – 2004.....	59
QUADRO 4.10 VALORES PER CAPITA EM REAIS NO MUNICÍPIO DE NITERÓI – 2001 A 2004 .....	59
QUADRO 4.11 VALORES MÉDIOS ANUAIS EM REAIS NO MUNICÍPIO DE NITERÓI – 2004 .....	59

QUADRO 4.12 CAPACIDADE INSTALADA HOSPITALAR COM NÚMERO DE LEITOS EXISTENTES / NATUREZA DA INSTITUIÇÃO. DUQUE DE CAXIAS – 2002 .....	60
QUADRO 4.13 NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES CONTRATADOS, SEGUNDO ANO, NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS – 1995-2002.....	61
QUADRO 4.14 CAPACIDADE INSTALADA HOSPITALAR COM Número DE LEITOS EXISTENTE, ESPECIALIDADE E NATUREZA DA INSTITUIÇÃO. DUQUE DE CAXIAS – 2001.....	63
QUADRO 4.15 COEFICIENTE DE MORTALIDADE PARA ALGUMAS CAUSAS SELECIONADAS* (POR 100.000 HABITANTES).....	65
QUADRO 4.16 MORTALIDADE PROPORCIONAL (%) POR FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS – 2000 – CID 10 .....	66
QUADRO 4.17 COBERTURA PRÉ-NATAL POR DISTRITOS SANITÁRIOS. DUQUE DE CAXIAS – 2003.....	68
QUADRO 4.18 NÚMERO DE ÓBITOS EM DUQUE DE CAXIAS* .....	69

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Acquired Immunological Deficiency Syndrome
AIS	Ações Integradas de Saúde
CISBAF	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense
Datasus	Departamento de Informação e Informática do SUS
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FEBRASGO	Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
FIRJAN	Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
HCH	hexaclorociclohexano
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
ONGs	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAMs	Postos de Assistência Médica
PESB	Programa Especial de Saúde da Baixada
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PIB	Produto Interno Bruto
REDUC	Refinaria Duque de Caxias
SAMDU	Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISPRENATAL	Sistema de Informação para Acompanhamento do PHPN
SMS-DC	Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE-RJ	Tribunal de Contas do Estado – Rio de Janeiro
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UTIs	Unidades de Terapia Intensiva

## INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem por objetivo a análise do papel e do comprometimento de gestores e profissionais de saúde na implementação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no município de Duque de Caxias-RJ.

Para tanto, serão examinadas as concepções dos profissionais de saúde que estão envolvidos na prática de 'humanização', identificados os limites que eles percebem para o exercício dessas práticas e analisados o comprometimento e a capacidade de liderança de gestores e profissionais de saúde da rede local.

O Programa de Humanização do Atendimento ao Pré-Natal e ao Parto (PHPN) – Portaria n<sup>o</sup>569 (MS, 2000) – e o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) – Portaria n<sup>o</sup>881 (MS, 2001) – surgem do movimento que tem por foco a qualidade da atenção ao ser humano e o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal.

A mortalidade materna reflete a qualidade dos serviços de saúde, em geral, e a dos obstetras, em especial, afora ser usado como indicador do grau de desenvolvimento do país e da situação social da mulher (VOLOCHKO, 1992).

Ainda que a mortalidade materna seja considerada um dos indicadores mais preveníveis, o número de mulheres que morrem no mundo por essa causa chega a 600 mil por ano, das quais perto de 100% seriam evitáveis. Tal índice, apesar disso, tem aumentado progressivamente tanto por piora das

condições de vida da humanidade quanto pela melhoria das fontes de informação desses dados (BSRM, 2000).

O Brasil, ainda hoje, apresenta taxas de cerca de 110 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, enquanto as cifras são de 3,6 mortes por 100 mil em países como o Canadá. No entanto, certos países da África possuem cifras próximas de mil mortes por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 1995).

No intuito de diminuir a mortalidade materna e neonatal no Estado do Rio de Janeiro debate-se o incremento no número de leitos para atenção de alta complexidade e de alto custo. Cabe, contudo, refletir sobre as questões da atenção básica à saúde prestada ao pré-natal realizado no Sistema Único de Saúde (SUS), pois o aumento da mortalidade materna e as altas taxas de parto pré-termo podem ser minimizados por intermédio da melhoria na qualidade do atendimento e mediante a contratação de profissionais de saúde bem treinados.

Desse modo, um elemento crucial envolvido no atendimento a pacientes de maior complexidade, como os recém-nascidos prematuros, não consiste somente na existência da unidade de terapia intensiva neonatal, mas igualmente no recurso humano bem treinado e atualizado. A qualidade do profissional de saúde da rede pública mostra-se como questão central.

Desde 1998, o Ministério da Saúde (MS) reconhece que os problemas de mortalidade, em sua maioria evitáveis, estariam relacionados à qualidade da assistência pré-natal e ao parto. Em virtude disso incluiu-os na agenda do governo e deu prioridade aos temas da redução das altas taxas de cesariana no país e da melhoria na assistência obstétrica (Portarias n<sup>o</sup> 2816, MS, 1998; n<sup>o</sup> 2817) (MS, 1998).

A partir desse ano, o MS publicou portarias como as de apoio à realização do parto sem complicações por enfermeiras obstetrias; o pagamento de anestesia de parto nos serviços do SUS; a criação de tetos percentuais decrescentes para pagamento de partos cesáreos em instituições ligadas ao SUS (Portarias n<sup>o</sup> 2816, MS, 1998; n<sup>o</sup>2817) (MS, 1998).

Tais iniciativas estabilizaram as crescentes taxas de cesáreas na rede pública, mas não resolveram as questões da atenção com qualidade à mulher e ao recém-nascido (BSRM, 2000).

Como o Brasil permanecia com taxas de mortalidade materna de dez a vinte vezes maiores do que seria aceitável mundialmente apesar da sinalização de mudanças por parte do governo, o MS criou, em junho de 2000, uma ampla Campanha Educativa Nacional sobre a melhoria da Assistência Obstétrica e outras medidas na assistência ao pré-natal e parto, como a redução gradual dos índices de cesárea no país com foco na melhoria da qualidade do atendimento na atenção do SUS (GALVÃO & DÍAZ, 1999).

A Portaria n<sup>o</sup> 569, que estabelece o Programa de Humanização do Atendimento ao Pré-Natal e ao Parto (PHPN) (MS, 2000), traz como um dos aspectos inovadores de política a vinculação ao repasse de recursos financeiros pelo governo federal para sua implementação.

Este trabalho compõe-se de seis capítulos. No primeiro, visando contextualizar o tema trabalhado nesta dissertação, aborda-se a questão da mortalidade materna e o atendimento pré-natal, dando-se ênfase ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. O segundo capítulo é dedicado ao estabelecimento do marco teórico e da metodologia. Por sua vez, no terceiro, o foco se volta para o Município de Duque de Caxias, de modo a situar

o leitor no tocante às peculiaridades da região. O quarto capítulo apresenta-se como um desdobramento do anterior, na medida em que expõe, de maneira mais específica, a situação da saúde no Município. O quinto capítulo enfoca o Universo Normativo da Implementação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em Duque de Caxias, discutindo-se os resultados da pesquisa. Por fim, o sexto capítulo discute os resultados da análise do Manejo do Problema na Implementação do PHPN no Município.

# **CAPÍTULO I. MORTALIDADE MATERNA, PRÉ-NATAL E O PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN)**

## **1.1 ANTECEDENTES**

No início do século XX, os países industrializados ainda tinham altas taxas de mortalidade materna e infantil, embora apresentassem queda nas taxas de natalidade. Os governos se voltaram então para o tamanho e a vitalidade das populações – principalmente em decorrência das questões econômicas relacionadas à manutenção da saúde da mão de obra existente –, propagando-se novos conceitos de saúde, como o de que caberia ao Estado cuidar da assistência da criança e da mulher.

Já se percebiam as influências do meio como fatores condicionantes das questões de saúde, mas as práticas de atenção individual tiveram maior destaque na época, originando-se daí o pré-natal. A primeira consulta deste tipo foi realizada em 1901, nos Estados Unidos da América, enquanto que o primeiro hospital a contar com leitos próprios às gestantes foi criado na Inglaterra nesse período (WAGNER, 1994).

Pelo componente social da saúde, a Declaração da ONU sobre Direitos Humanos considerou-a, já em 1948, como direito fundamental do ser humano. Por sua vez, na Conferência da ONU de 1994 sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, houve forte participação de movimentos feministas, os quais, em consonância com delegações governamentais, obtiveram alguns consensos no campo de saúde, gênero e direitos humanos (ONU, 1994).

No Brasil, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) surgiu como resposta, por parte do Estado, aos altos índices registrados de morbimortalidade materna e perinatal, os quais ficaram em evidência a partir de 1998. Esse programa acompanhou os movimentos ocorridos na Europa – onde havia debate semelhante desde a década de 1980, como consignado durante o contexto do Ano Internacional da Criança – e respondeu também às demandas do movimento feminista na saúde (GALVÃO & DÍAZ, 1999).

Em 1994, o MS incluiu o conceito de saúde reprodutiva no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), formulado desde 1983 e divulgado em 1984 por esse ministério. A inovação do PAISM consistiu na proposição do atendimento à saúde reprodutiva em contexto de ação integral, bem como no reconhecimento dos direitos reprodutivos da mulher. Desse modo, o programa contemplou os aspectos da saúde reprodutiva feminina desde a adolescência até a menopausa, incluindo a assistência pré-natal, as doenças sexualmente transmissíveis e as ações integradas de planejamento familiar.

É interessante observar que o movimento de mulheres teve participação ativa na formulação do PAISM, marco nas políticas públicas voltadas à saúde da mulher e referência na luta pela equidade de gênero (MÉDICI, 1999).

No contexto do SUS, o PAISM tornou-se integrado ao conjunto das políticas através da descentralização e municipalização, mas enfrentou desafios em sua implantação nas áreas de gestão, de financiamento e de regulação. Em decorrência disso, o programa se mostrou pouco eficiente, o que pôde ser constatado em avaliação realizada nas diversas capitais, uma vez

que somente 45% a 50% das instituições públicas ofertavam planejamento familiar e atendiam apenas 10% das necessidades contraceptivas da população (COSTA, 1992).

Apesar disso, o PAISM teve grande significado social em virtude da proposta de modificar a relação desigual entre profissional de saúde e paciente e por estimular práticas educativas.

## **1.2 O PRÉ-NATAL**

Nas consultas de pré-natal busca-se prevenir a morte materna – bastante alta ainda no Brasil –, bem como as doenças maternas e o nascimento de prematuros, da mesma forma que o baixo peso de recém-nascidos e as patologias previsíveis.

Contudo, as maiores causas de morte materna são a hemorragia, a obstrução do trabalho de parto, a septicemia pós-parto e as doenças hipertensivas da gravidez; dentre esses eventos, somente o último pode ser evitado no pré-natal.

Assim, ainda que se tenha conseguido uma queda expressiva da mortalidade infantil com base na melhoria das condições socioeconômicas, o mesmo não ocorreu no que diz respeito às mortes maternas, em razão de estas estarem relacionadas a práticas médicas específicas. Além disso, a mortalidade materna depende de fatores como o retardo na busca de socorro, a distância do posto, o acesso, o custo e a demora do atendimento no local (POST, 1997).

De qualquer modo, o pré-natal age como captador ativo da população sexualmente ativa, pois em suas rotinas estão os exames de DST/AIDS,

exames de colpocitologia oncótica (preventivo do câncer de colo do útero), assim como aqueles específicos para o rastreio de sífilis e de diabetes gestacional, doenças que comprometem o conceito e podem acarretar, por exemplo, o parto prematuro, evento que leva a procedimentos de alto custo ao SUS para reverter a deficiência decorrente da falta de atenção básica e de atenção secundária de melhores qualidade e cobertura.

No pré-natal, o profissional de saúde detecta os fatores de risco da gestação, o que é essencial para as áreas mais carentes da população. Esse efeito protetor pode ser um instrumento capaz de prevenir grande parte dos problemas obstétricos tanto da mãe quanto da criança com custo e resultados melhores, bem como torna efetiva a melhoria na qualidade do pré-natal.

Todavia, as questões econômicas e as de acesso impedem as mulheres de alcançar atendimento qualificado a tempo de solucionar intercorrências letais aos recém-nascidos e às mães. Além disso, o acesso das mulheres aos profissionais de saúde que realizam o pré-natal é insuficiente devido à grande demanda existente para o número restrito de profissionais capacitados.

Um dos aspectos essenciais da assistência de pré-natal é que configura um momento privilegiado para se discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro, sendo diferenciada, até mesmo, para quem já teve outros filhos (MS, 2000).

Por esse motivo, o diálogo, a sensibilidade e a percepção do profissional de saúde que realiza o atendimento de pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde alcance os atores principais do parto: a mulher e seus familiares. Esse acolhimento permite igualmente que a mulher aprenda mais

sobre seu corpo e perca o medo tanto do momento do parto quanto dos profissionais que estarão presentes (MS, 2000).

### **1.3 HUMANIZAÇÃO**

Humanização é uma noção que busca resgatar o respeito pela vida humana, uma vez que todo relacionamento possui aspectos sociais, éticos, educacionais e psíquicos definidos. Desse modo, subjacente à idéia de humanização está o estímulo a uma cultura de respeito e de valorização humana no atendimento público à saúde. Assim, a humanização compreende o dever de a unidade de saúde receber bem e com solidariedade a mulher, seus familiares e o recém-nascido.

Por conseguinte, para o exercício da humanização é imprescindível que existam outros três fatores, que são: boas condições de trabalho para os profissionais de saúde, situação de participação ativa dos usuários na avaliação da qualidade dos serviços e envolvimento comunitário em parceria com os agentes públicos de saúde (ONU, 1994).

No entanto, a utilização competente das técnicas empregadas no atendimento de modo a respeitar a singularidade das necessidades do usuário e do profissional de saúde, sempre requer adaptação em algum grau. Esta adaptação é que abre espaço aos processos criativos, tão importantes no atendimento humanizado (ONU, 1993).

A Humanização é empregada para a forma da assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associado ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referência culturais. Implica

ainda a valorização do profissional e diálogo intra e interequipes (DESLANDES, 2004).

A ética e a solidariedade devem estar presentes na atitude dos profissionais de saúde e na organização da instituição, a fim de criar um meio mais hospitaleiro e de permitir que condutas hospitalares, sempre que possível, aceitem o acompanhamento da mulher por alguém de sua confiança. Os profissionais de saúde envolvidos no atendimento humanizado devem se comprometer com a qualidade da atenção prestada para evitar conseqüências danosas à mulher e ao recém-nascido.

#### **1.4 PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN)**

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituído pelo MS através da Portaria/GM n.569, em 01 de junho de 2000, visando concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; e ampliar as ações já adotadas pelo MS na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de Alto Risco (Portaria n.569, MS, 2000).

De acordo com o PHPN, o nível de gestão municipal tem por tarefa uma série de itens a cumprir para implantar o programa e aceita submeter-se a ter sua assistência pré-natal avaliada por indicadores específicos e pré-pactuados.

Para cumprir suas finalidades, o programa propõe medidas como o incremento do custeio de procedimentos específicos e de outras ações de

saúde, como, por exemplo, o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, o financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes.

O objetivo fundamental do PHPN seria o de aprimorar as relações entre profissionais, bem como entre usuários/profissionais e estabelecer interações sociocomunitárias, visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados por instituições aos usuários (MS, 2000).

Como princípios, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) estabelece:

- toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- toda gestante tem direito à assistência ao parto e puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico;
- todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.

A estratégia é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto até o puerpério e do atendimento ao recém-nascido, tomando em conta seus direitos de cidadania. Para tanto é preciso que os servidores públicos, principais

implementadores do Programa, sejam indivíduos conscientes de seus direitos e deveres, que sejam, em suma, cidadãos no sentido amplo do termo.

Outro aspecto se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e nascimento, evitando práticas intervencionistas e desnecessárias à mulher e ao recém-nascido. Contudo, essas práticas possuem raízes culturais de difícil modelagem e modificação por parte daqueles profissionais de saúde que são de gerações anteriores e que ainda atuam na rede pública, por estarem adaptados a antigas condutas e acomodados quanto ao processo de reciclagem profissional.

## **CAPÍTULO II. PROCEDIMENTOS TEÓRICO-METODÓLOGICOS**

### **2.1 MARCO TEÓRICO**

O campo de implementação de políticas é influenciado pelas vontades, interesses e concepções ideológicas dos atores envolvidos, que são os seus formuladores, os executores, os grupos de interesses e os usuários. Assim, dificilmente um programa é posto em prática tal como fora idealizado. Em especial, quanto maior e profunda for a proposta de mudança, maior será a adaptação da idéia formulada (cf. ARRETCHE, 2001; VIANNA, 1996).

Segundo Mazmanian & Sabatier (1989), no âmago da análise do cumprimento de uma política ou de um programa público encontra-se a identificação dos ingredientes necessários para que os governos levem adiante as promessas que fizeram aos cidadãos (MAZMANIAN & SABATIER, 1989).

Desse modo, entender o que é objeto da implementação de uma política ou programa engloba compreender aspectos como: os eventos que se passam após a aprovação do programa pelas autoridades; o esforço de administração por parte dos atores responsáveis pelo programa; a percepção dos impactos desse programa nas pessoas e em outros fatos que decorrem direta ou indiretamente de eventos políticos, econômicos e sociais, os quais dependem das condutas de todos os envolvidos (MAZMANIAN & SABATIER, 1989).

Os autores abordam o processo de implementação de políticas através de duas perspectivas: por um lado, a dos executores, interessados no processo de pôr em prática e que pretendem definir os fatores capazes de fazer um programa funcionar. Os executores mantêm o foco de sua preocupação nos

aspectos práticos, sem se importar com questões culturais ou subjetivas; por outro, a dos cientistas sociais, sensíveis ao fato de que todos estariam submetidos a fatores sociais, econômicos e políticos durante a colocação em prática de uma política ou programa. Neste caso, o foco é dirigido à análise do comportamento humano e da organização social.

Mazmanian & Sabatier (1989) alertam acerca dos fatores sociais e institucionais já sedimentados, porque serão alterados com dificuldade por ações inovadoras. Por conseguinte, seria preciso conhecer as características da sociedade onde se pretende pôr em prática um programa, incluindo-se variáveis de extrema importância, como, por exemplo, os recursos disponíveis, a capacidade econômica, o domínio tecnológico e as regras/normas constitucionais.

Outro ponto que a literatura destaca diz respeito à baixa integração entre os diferentes níveis hierárquicos e as agências envolvidas (MAZMANIAN & SABATIER, 1989).

Isso nos leva a considerar o quanto é difícil obter a cooperação dos burocratas, funcionários públicos e terceirizados – em particular, daqueles que estão em contato direto com o público-alvo do programa.

O desenho de uma política subordina-se, portanto, às características das agências que a executam, às condições políticas, econômicas e sociais e à maneira de execução das atividades.

A implementação, no dizer de Mazmanian & Sabatier (1989), pode ser descrita mediante três perspectivas distintas:

- 1- a visão do *policymaker* inicial, denominada “centro” pelos autores;

2- a visão dos funcionários da ponta, que efetivam em nível de terreno, que os autores denominam “periferia”;

3- a visão dos atores aos quais o programa é dirigido, o usuário – a população.

Na perspectiva do *policymaker*, a preocupação é com o grau em que os objetivos foram alcançados e as razões para terem sido atingidos ou não. Do ponto de vista dos funcionários, a implementação diz respeito à maneira pela qual respondem à tentativa de alteração de seu ambiente, o que está implicado na nova política. Este será o objeto de nossa análise.

Observamos que se dá mais destaque aos funcionários quando o objetivo é entender as alterações comportamentais, enquanto que a perspectiva da população está mais relacionada às reais mudanças que a política trará especificamente ou não à sua vida, como, por exemplo, a diminuição das filas de espera do SUS.

Para Mazmanian & Sabatier (1989), *as variáveis que mais afetam os resultados de um programa são o comprometimento e a capacidade de liderança dos funcionários envolvidos*. Seria importante, então, localizar tais elementos na escala de prioridade dos funcionários envolvidos. O comprometimento existiria em função de leis, normas profissionais, valores pessoais e apoio de grupos de interesse e de autoridades.

Por seu turno, a capacidade de liderança diz respeito à habilidade dos funcionários para realizar suas prioridades, de modo a superar as expectativas na gestão dos recursos disponíveis através de sua capacidade criativa (Mazmanian & Sabatier 1989). Portanto, seria essencial entender as

características de liderança, como a persuasão, a mobilização e, também, a liderança gerencial, assim como a capacidade de motivação interna e o controle.

A estrutura do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) traz propostas que implicam a expectativa de mudança no comportamento da comunidade e dos profissionais envolvidos. Assim – como em qualquer política pública –, seu sucesso depende não somente da qualidade técnica, mas também da adequação entre as expectativas implícitas e a efetiva existência desses valores e atitudes na população (SANTOS, 1993. Apud VAITSMAN, 2001).

## **2.2 METODOLOGIA**

O modelo de análise empregado no estudo é o de Mazmanian & Sabatier (1989), adotando-se a perspectiva dos atores da periferia e da organização, ou seja, dos atores/funcionários diretamente relacionados à implementação municipal do programa. Este enfoque é utilizado na análise da mudança que o programa pretende que ocorra com os profissionais de saúde da rede.

Mais especificamente, estudamos como esses atores estão executando o PHPN nas unidades da rede do município de Duque de Caxias-RJ. Em especial, são observadas as ações ‘humanizadas’ que precisam ser postas em prática pelos profissionais de saúde – os principais implementadores desta política – nas atuais condições das unidades de saúde locais.

Para analisar o processo de implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Parto do município de Duque de Caxias-RJ, foram usadas

técnicas de coleta variadas, como a observação participante, o estudo de documentos e as entrevistas semi-estruturadas com os atores (BRUYNE, 1991).

A estratégia metodológica é a de pesquisa qualitativa, que permite entender melhor o processo de implementação, as interações entre atores, os valores, crenças e atitudes em relação à humanização por parte de gestores e profissionais de saúde. Isso, porque os estudos qualitativos, ao contrário dos quantitativos, proporcionam alcançar maior diversidade de significados e são mais flexíveis, sendo melhor aplicáveis em estudos de processos.

O modelo de avaliação utilizado, a partir de Mazmanian & Sabatier consiste em uma estrutura composta por duas categorias de análise independentes entre si. A primeira, se refere ao Universo Normativo, enquanto a segunda, ao Manejo do Problema. Cada uma dessas categorias contempla dimensões específicas a serem investigadas.

A categoria de análise 'universo normativo' avalia o desenvolvimento do que foi expresso através da estrutura legal básica, da proposta de lei ou do programa implementado. Suas dimensões analisadas são: objetivos claros e consistentes, integração hierárquica entre as instituições implementadoras e recrutamento dos implementadores (profissionais de saúde e gestores).

Por sua vez, na categoria de análise 'manejo do problema' são observadas as dificuldades associadas à execução da política ou lei durante o processo de implementação local e as dimensões examinadas são: as dificuldades técnicas e as mudanças comportamentais requeridas.

## **2.3 CATEGORIAS DE ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO**

### **2.3.1 Universo Normativo**

Nesta categoria são examinadas as seguintes dimensões:

a. Objetivos claros e consistentes expressos nas normas estatutárias. A falta tanto de objetivos claros como de conhecimento sobre as metas desejadas nos programas por parte dos profissionais de saúde que os executam – e que atuam na ponta da rede, próximos ao usuário – pode alterar os indicadores de desempenho do programa. Provavelmente, um novo programa exigirá adaptações nas rotinas de trabalho, mas o desconhecimento quanto à utilidade e à necessidade do trabalho em equipe, por exemplo, para alcançar as metas propostas, pode fazer com que esses profissionais retornem rapidamente a seus antigos costumes, abandonando as propostas apresentadas, pois não se sentem inseridos ou acolhidos no processo de implementação e, por isso, não perseguem as metas desejadas além do período inicial (MAZMANIAN & SABATIER 1989);

b. Integração hierárquica entre as instituições implementadoras. As dificuldades existentes para coordenar ações entre e dentro das instituições implementadoras em todas as esferas executivas de governo – de modo que as leis expressas nas políticas públicas sejam executadas através de agências locais com sistemas heterogêneos – acabam por dificultar a obtenção de resultados mais próximos das metas desenhadas;

c. Recrutamento de implementadores, de profissionais de saúde e de gestores. Para a efetivação do processo de implementação, é importante selecionar profissionais que simpatizem com as propostas, dando prioridade maior às metas requeridas. Nas situações em que os objetivos estão expressos

na lei, torna-se mais fácil pôr em prática as regras diferentes, induzindo os profissionais de saúde a novos comportamentos pela superação das resistências ao processo. Muitas vezes, os profissionais recrutados não são capazes de executar os programas sozinhos ou, até, de acompanhar seu desempenho.

### **2.3.2 Manejo do Problema**

Nesta categoria são analisadas as seguintes dimensões:

*a. Dificuldades/Facilidades técnicas:* a realização das metas do programa depende de várias condições técnicas, como a possibilidade de desenvolver indicadores de desempenho que permitam acompanhar os eventos principais que afetam o problema. Outro aspecto essencial é o de a política pública possuir um desenho adequado ao campo de implementação, que conte com a provisão regular de recursos legais e financeiros para manutenção desse processo em longo prazo;

*b. Extensão das mudanças comportamentais requeridas dos profissionais de saúde (estatutários),* o que envolve saber que a quantidade de mudanças comportamentais necessárias para alcançar as metas do programa é inversamente proporcional ao sucesso de sua implementação. Essas metas terão maior probabilidade de sucesso, se as mudanças propostas aos servidores forem adequadas às questões locais, além de apresentarem fácil compreensão quanto às relações de causa e efeito, que serão comprovadas através dos resultados esperados dos indicadores de saúde ligados às propostas da lei.

Essas categorias orientaram o estudo das percepções dos profissionais de saúde locais sobre as práticas de humanização. Foram focalizados também as mudanças e os limites encontrados na atividade obstétrica prática regional.

O estudo foi realizado em toda a rede, mais especificamente, nas unidades básicas de saúde que possuem o programa. Foram efetuadas entrevistas individuais com roteiro de perguntas abertas (ANEXO 1).

No total foram entrevistados dez médicos servidores do município: oito médicos pré-natalistas – selecionados aleatoriamente em um universo de 45 profissionais atuantes na rede local – e dois profissionais médicos servidores municipais, que exercem funções técnicas de gestão no nível central local diretamente relacionados ao desenvolvimento do PHPN de Duque de Caxias-RJ.

As entrevistas foram gravadas e os participantes receberam, após a apresentação e a identificação da entrevistadora como médica do município, o termo de consentimento esclarecido para o estudo, onde constavam todas as informações oferecidas para a participação de cada profissional (ANEXOS 2 e 3 – Consentimentos Esclarecidos), sem que tenha existido qualquer outro comentário por parte da entrevistadora. Caso o profissional aceitasse participar do estudo, a gravação dos dados era iniciada somente após a assinatura do termo.

As duas entrevistas com os gestores da rede local ligados ao PHPN seguiram a mesma normatização de conduta descrita acima, mas os roteiros criados para sua participação foram diferenciados não apenas no modelo dos médicos pré-natalistas, mas entre si (ANEXOS 4 e 5).

O termo de consentimento destes atores também faz referência à possibilidade de os mesmos poderem ser reconhecidos em virtude de suas funções serem muito específicas. Optei por referir esses atores de forma a não revelar diretamente seus cargos e funções, nomeando-os de GESTOR I e GESTOR II durante os relatos no estudo. Ambos pertencem à coordenadoria da saúde coletiva do município.

As entrevistas foram efetivadas no período referente aos últimos dois meses do ano de 2004, após as eleições municipais para prefeito e vereadores. O local em que foram feitas era privado e sempre escolhido pelo entrevistado e, de maneira geral, no próprio ambiente de trabalho dos profissionais depois da abordagem já descrita. Todas as entrevistas foram feitas pela própria pesquisadora.

A observação participante, juntamente com os questionários e a análise de documentos, foi empregada como procedimento da coleta dos dados deste trabalho. Para complementar os dados qualitativos, usamos dados quantitativos, que serão ilustrados e descritos em separado.

Existem três tipos diferentes de roteiro de entrevistas, os quais se complementam com relação às variáveis estudadas pelo modelo de análise de implementação escolhido. Juntos, os dados obtidos tentam ser o mais realista possível na explicação dos objetivos propostos nesta dissertação.

Os sistemas de informação utilizados neste estudo são os de base nacional existentes, provenientes do DATASUS e/ou IBGE, além dos dados brutos produzidos pela rede e ainda não divulgados nas outras esferas de gestão. Todos os indicadores empregados foram legitimados pelos veículos descritos acima ou retirados de documentos oficiais, portarias e leis.

O trabalho de campo, a revisão, a redigitação e a análise crítica de todos os questionários aplicados foram feitos pela autora do trabalho, porém a digitação ficou a cargo de profissional contratado e com experiência.

As informações relevantes do trabalho foram anotadas em um diário, para que os vieses do investigador ficassem registrados e pudessem ser analisados na Conclusão desta pesquisa.

Por fim, foram verificadas as concepções dos profissionais de saúde envolvidos na prática de 'humanização'; o comprometimento e a capacidade de liderança de gestores e profissionais de saúde da rede local; e os limites percebidos para o exercício das práticas 'humanizadas'.

Em suma queremos analisar o papel e o comprometimento de gestores e profissionais de saúde na implementação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no município de Duque de Caxias-RJ.

### **CAPITULO III. O MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS**

Duque de Caxias é um município relativamente novo, pois foi distrito de Nova Iguaçu até dezembro de 1943, quando obteve sua emancipação pelo Decreto n.º 1.055. Hoje conta com, aproximadamente, dez mil estabelecimentos comerciais e de prestação de serviços, além de abrigar a segunda refinaria do país, a REDUC. Vários fatores contribuíram para seu rápido desenvolvimento.

O Município pertence à Região Metropolitana, a qual também abrange os municípios de Rio de Janeiro, Belford Roxo, Guapimirim, Itaboraí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, São Gonçalo, São João de Meriti, Seropédica e Tanguá. Encontra-se dividido em quatro distritos: Duque de Caxias, Campos Elíseos, Imbariê e Xerém, conforme exposto no quadro abaixo, com a respectiva população:

**QUADRO 3.1 POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS SEGUNDO DISTRIBUIÇÃO POR DISTRITOS – 2001**

<b>Distritos</b>	<b>População</b>
<b>1º - Duque de Caxias (Sede)</b>	365.912
<b>2º - Campos Elíseos</b>	221.787
<b>3º - Imbariê</b>	113.507
<b>4º - Xerém</b>	45.552

Fonte: IBGE, 2001.

Entre 1991 a 2000, a população de Caxias teve taxa média de crescimento anual de 1,74%, chegando a atingir, em 2000, o número de 775.456 habitantes, o que corresponde a 5,39% da população do Estado do Rio de Janeiro. A esperança de vida ao nascer, no município, passou de 65,17 anos, em 1991, para 67,49 anos, em 2000 (Pnud/ONU, 2000).

O Município de Duque de Caxias-RJ ocupa o quinquagésimo-sétimo lugar no indicador social do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal do Estado do Rio de Janeiro (IDH-M) (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2000).

O IDH representa a combinação de três componentes básicos do desenvolvimento humano, que são: a longevidade, a educação e a renda de determinado país. Foi elaborado na década de 90 para o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e é utilizado para avaliar o bem-estar de uma população (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2000).

Por sua vez, o IDH-M representa uma adaptação do IDH para o nível municipal. Sabemos que o melhor IDH-M do Estado do Rio de Janeiro é o de Niterói, com valor igual a 0,886; por sua vez, o segundo melhor IDH-M pertence ao município do Rio de Janeiro, sendo igual a 0,842.

Durante o período de 1991 a 2000, o IDH-M de Caxias cresceu 7,56%, e a dimensão que mais contribuiu para isso foi a educação, com 48,7%, seguida pelo incremento da renda, com 26,6%, e pelo fator de aumento da longevidade, com 24,7%. No entanto, houve diminuição de 17,7% no limite máximo do IDH-M, que possui valor ideal igual a 1 (IDH-M, Pnud/ONU, 2000).

**QUADRO 3.2 ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS – 1991/ 2000**

<b>IDH-M-DC</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>
<b>Renda</b>	0,636	0,678
<b>Índice de Desenvolvimento Humano Municipal</b>	0,700	0,753
<b>Educação</b>	0,796	0,873
<b>Longevidade</b>	0,669	0,708

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil – 1991-2000.

Considerado de médio porte em desenvolvimento, o município está com IDH-M de 0,753 em 2000. No Brasil, a situação municipal ocupa a posição 1.782º, pelo que se conclui que existem 3.725 municípios em pior situação (IDH-M, Pnud/ONU, 2000).

O Produto Interno Bruto (PIB) do município é de R\$ 8,4 bilhões de reais, enquanto a Renda per capita é de R\$ 10.797/ano ou US\$ 3.856/ano. Nos últimos quatro anos, o PIB caxiense cresceu 41,6% contra 6,8% do brasileiro (IBGE, 2003).

De acordo com o Anuário Estatístico do Estado do Rio de Janeiro de 1999 e 2000, enquanto o município do Rio de Janeiro teve aumento do Produto Interno Bruto (PIB) de 0,7%, Caxias se classificou em oitavo lugar no País, com um crescimento de 18,7% (1999). De qualquer modo, o Município está entre os dez que mais cresceram nos últimos anos<sup>1</sup> e possui a segunda maior arrecadação de ICMS do Estado prevista para os próximos vinte anos (PM-DC, 2003).

A renda per capita média do município cresceu 28,69%, ao passo que a pobreza diminuiu 6,77% – estimada pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita menor que R\$ 75,50, correspondente à metade do salário mínimo em agosto de 2000 –, enquanto a desigualdade – medida pelo índice de Gini – passou de 0,47, em 1991, para 0,53, em 2000, demonstrando crescimento (IDH-M, Pnud/ONU, 2000).

---

<sup>1</sup> Segundo dados da Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (FIRJAN), até 2004, cerca de US\$ 3 bilhões serão investidos em Duque de Caxias mediante apenas três empreendimentos: ampliação da Reduc, construções do Pólo Gás Químico e da TermoRio – incluindo a vinda de novas indústrias de transformação –, o que vai gerar mais de vinte mil empregos nas fases de construção e de operação. A expectativa é de que o município cresça ainda mais 25% nos próximos dois anos.

QUADRO 3.3 PORCENTAGEM DA RENDA APROPRIADA POR EXTRATOS DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS – 1991/2000

RENDA POR EXTRATOS	1991	2000
20% mais pobres	4,3	2,5
40% mais pobres	13,2	10,2
60% mais pobres	26,8	23,1
80% mais pobres	47,6	43,9
20% mais ricos	52,4	56,1

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil – 1991-2000.

QUADRO 3.4 INDICADORES DE RENDA, POBREZA E DESIGUALDADE DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS – 1991/2000

INDICADORES	1991	2000
Renda per capita média (R\$ de 2000)	175,7	226,1
Proporção de pobres (%)	28,8	26,9
Índice de Gini	0,47	0,53

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil – 1991-2000.

No que se refere ao acesso a serviços básicos, temos que a rede coletora de esgoto sanitário chega a 57,1% dos domicílios do município, lançando-se no rio o esgoto que é coletado, após passar por algum tipo de tratamento; no que concerne aos demais domicílios, 20,9% têm fossa séptica, 4,3% utilizam fossa rudimentar, 13,2% estão ligados a uma vala e 3,5% lançam o esgoto diretamente em rios, lagoa ou mar.

Em Duque de Caxias, 88,9% dos domicílios contam com coleta regular de lixo, 3,6% têm seu lixo jogado em terreno baldio ou logradouro, enquanto 6,8% o queimam. O total de resíduos sólidos coletados somava 730 toneladas por dia, cujo destino eram quatro vazadouros a céu aberto – lixões –, quatro vazadouros em áreas alagadas, quatro aterros controlados, quatro aterros sanitários e quatro aterros de resíduos especiais (TCE-RJ, 2004).

No município, 80% da população é abastecida por água potável tratada (616.686 pessoas). Duque de Caxias tem 69,3% dos domicílios com acesso à

rede de distribuição, 27,9% com acesso à água através de poço ou nascente e 2,7% têm outra forma de acesso. O total distribuído alcança 90.000 metros cúbicos por dia, dos quais 74% passam por tratamento convencional e o restante, por simples desinfecção (cloração).

QUADRO 3.5 ACESSO A SERVIÇOS BÁSICOS DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS  
– 1991 / 2000

SERVIÇOS BÁSICOS	1991	2000
Água Encanada	87,9	87,3
Energia Elétrica	99,7	99,9
Coleta de Lixo <sup>1</sup>	55,2	88,5

<sup>1</sup> Somente Domicílios Urbanos

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil – 1991-2000.

Em contrapartida, no quadro abaixo temos o tipo de receita arrecadada pelo município, sem considerarmos os repasses diretos, além daqueles provenientes da própria estrutura comercial regional, como é o caso dos royalties do petróleo produzido no parque industrial local. A ausência dessas fontes de renda levaria o município a um retrocesso social de muitos anos e traria perda inestimável de ganhos ao cidadão.

QUADRO 3.6 RECEITA ARRECADADA NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS NOS ANOS 1996 / 2000 COM RELAÇÃO AO INCREMENTO DE ARRECAÇÃO PORCENTUAL

RECEITA ARRECADADA	1996	2000	%
<b>IPTU</b>	12.07	15.914	131,85%
<b>ISS</b>	16.188	28.265	174,60%
<b>Royalties</b>	2.003	14.485	723,30%
<b>FPM*</b>	9.729	11.772	121,00%
<b>ICMS</b>	104.067	110.909	106,57
<b>Dívida Ativa</b>	4.362	7.213	165,34%
<b>Outras Receitas</b>	55.751	114.565	205,49%
<b>Total</b>	206.167	303.123	147,03%

\* FPM – Fundo de Participação dos Municípios (Imposto de Renda e Imposto sobre Produto Industrializado).

Fonte: SMS – DC, 2003.

Tais valores representam, junto com os impostos arrecadados, a maior fonte de recursos municipais. Contudo, seu reinvestimento no sentido de trazer

benesses ao município é inferior ao esperado quanto ao saneamento básico e à infra-estrutura local. O mesmo ocorre com saúde e educação.

Por sua vez, a cidade de Duque de Caxias vem alcançando, nos últimos anos, um crescimento econômico e de qualidade de vida surpreendente. Ali existem uma Catedral e um Bispo, assim como gestores do sistema público, Organizações Não Governamentais (ONGs), Maçonaria e associações filantrópicas, como, por exemplo, o Rotary e o Lions.

Apesar das referências positivas sobre o seu desenvolvimento acelerado e promissor, a cidade, quando vista de dentro, parece extremamente pobre. São conhecidas 56 favelas ou áreas que podem ser assim descritas, com um total de 28.617 domicílios cadastrados nesta situação (IBGE, 2001).

Nesse ambiente, valas negras, que exalam mau cheiro, cortam terrenos repletos de barracos e de mosquitos, além de ser possível observar crianças a catar e a comer lixo nos aterros sanitários. Semelhante exclusão social remete à não concretização da cidadania, uma vez que, apesar das políticas públicas existentes, expressiva quantidade de indivíduos não pertence efetivamente à comunidade política e social: as pessoas convivem em mesmo espaço, contribuem economicamente para a mesma sociedade, mas não têm acesso ao consumo de bens e meios de cidadania.

Carvalho (2003) esclarece que um cidadão pleno seria possuidor de direitos civis, políticos e sociais, enquanto o cidadão incompleto seria titular apenas de alguns direitos, ao passo que os não-cidadãos seriam os que não possuem nenhum direito. Não seria demais lembrar que os direitos civis são os fundamentais a qualquer ser humano, como o direito à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei. Tais direitos se desdobram na garantia

de ir e vir, de escolher o trabalho, de manifestar o pensamento, de organizar-se, de respeitar a inviolabilidade do lar e da correspondência, de não ser preso a não ser por autoridade competente e de acordo com as leis, de não ser condenado sem processo legal regular.

A garantia desses direitos se baseia na existência de uma justiça independente, eficiente, barata e acessível a todos. São eles que asseguram as relações civilizadas entre as pessoas e a própria existência da sociedade civil emergente do surgimento do capitalismo – representam a liberdade individual. Os direitos civis podem existir sem a presença de direitos políticos, que se referem à participação do cidadão no governo da sociedade (CARVALHO, 2003).

Todavia, o exercício dos direitos políticos é limitado a uma parte da população e, consiste na capacidade de fazer demonstrações políticas, de organizar partidos, de votar e de ser votado. Ao falar-se em direitos políticos, o que temos é o direito ao voto. De qualquer modo, os direitos políticos têm os partidos políticos como instituição principal, além de parlamentares livres e com representatividade, os quais conferem legitimidade à organização política da sociedade – o ideal do autogoverno (CARVALHO, 2003).

Em suma, ainda que a legislação assegure direitos a todos, tal garantia não se traduz em real usufruto. Pode-se dizer que o País demonstra dificuldade no sentido de transformar suas riquezas em bem-estar e melhores condições de vida para a população.

Apesar de tudo, desde as últimas décadas do século XX, a educação exerce papel de referencial para as perspectivas de crescimento econômico e de competitividade nos mercados globalizados. Nos atuais cenários, em que a

qualidade do conhecimento da população constitui fator diferenciador, contar com indivíduos qualificados e preparados academicamente significa ter um caminho para os avanços tecnológico, econômico e social. Na verdade, essa pode vir a ser uma estratégia para diminuir as desigualdades, em virtude de gerar melhores qualificações e aumentar as oportunidades no mercado de trabalho. Com a globalização e o incremento dos níveis de competitividade mundial, a permanência na escola certamente contribuirá para a inserção do jovem em um mercado de trabalho no futuro.

Assim, a educação, com a solidificação de processos abrangentes de ensino e aprendizagem, é instrumento de transformação social que abre espaço para a inclusão social e para ações capazes de transformar o mundo. Cada vez mais, a oferta do ensino de boa qualidade é requisito para gerar justiça social, pois propicia condições aos indivíduos para competir em graus semelhantes de igualdade.

No quadro abaixo se pode ver a evolução municipal com relação às taxas de analfabetismo e à inserção dos grupos etários no ensino público, um dos melhores indicadores de desempenho para avaliação do IDH-M.

QUADRO 3.7 POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
DISTRIBUÍDA DE ACORDO COM A TAXA PERCENTUAL DE ANALFABETISMO E DE  
MATRÍCULAS NOS NÍVEIS DE ENSINO PÚBLICO – 2000

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO MUNICIPAL	ANALFABETOS DE 15 ANOS OU MAIS (%)	ENSINO FUNDAMENTAL DE 7 A 14 ANOS (%)	ENSINO MÉDIO DE 15 A 17 ANOS (%)	ENSINO SUPERIOR DE 18 A 24 ANOS (%)
Rio de Janeiro	5.807.904	4,4	90,7	47,4	15,7
Nova Iguaçu	920.599	7,2	88,4	31,5	4,3
São Gonçalo	891.119	5,8	89,9	40,1	5,8
Duque de Caxias	775.456	8,0	88,5	30,0	3,9
Niterói	459.451	3,6	92,3	53,5	26,2
São João	449.476	5,7	90,4	35,8	3,7
Belford Roxo	434.474	8,0	87,2	25,4	2,2

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil – 1991-2000.

Observa-se constância no total de alunos matriculados no ensino fundamental, tendo havido aumento do atendimento pelas redes municipais contra a redução pelas redes estadual e particular.

No ensino de jovens e adultos, em 2003, Duque de Caxias conta com um total de 9.431 matrículas, das quais 1%, em aulas de alfabetização; 13%, para o primeiro segmento do ensino fundamental; 57%, para o segundo segmento; e, por fim, 29% para o ensino médio.

A taxa de alfabetização é de 92% da população, contra a média de 94% no estado. Na área educacional, o município mostrou crescimento do acesso de crianças e adolescentes ao ensino fundamental. Devemos lembrar que, de acordo com a Constituição Federal, os municípios atuam prioritariamente no ensino fundamental e na educação infantil; portanto, o principal foco da atuação municipal é no ensino fundamental. A rede municipal de Duque de Caxias teve 39% de aumento no número de estudantes.

O índice de informatização das instituições escolares municipais é baixo, estando distante da inclusão digital indispensável aos valores agregados que são exigidos pelo mercado de trabalho globalizado. Isto significa mão-de-obra desqualificada e excedente para os futuros postos de trabalho gerados.

Observamos ausência de incentivo formal da administração pública local à formação de profissionais de nível técnico na cidade, embora haja estímulo intenso à formação de profissionais de nível superior. Interessa registrar que o município de Duque de Caxias tem três instituições privadas de ensino superior e nenhum núcleo institucional público além da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, que se encontra sucateada em virtude dos vários anos de ausência de investimento do Estado em educação superior. Tal situação distancia os estudantes da realidade do mercado de trabalho no país e desestimula os jovens de baixa renda a darem continuidade aos estudos.

Há forte correlação entre anos de estudo e classe de rendimento mensal das pessoas. Em Duque de Caxias, 62% da população não têm o curso fundamental completo e 67%, não têm rendimento ou recebem até três salários-mínimos (TCE-RJ, 2004).

Há consenso na Administração Pública atual no que concerne à necessidade de melhorar seu gerenciamento. Da mesma forma, as diferenças sociais do país demandam um nível de resultados superior ao apresentado. O pensamento norteador é de que a administração pública deve se inspirar no modelo de gestão privada, sem perder a perspectiva quanto à sua função social, que precisa ser alcançada com melhor qualidade na prestação de serviços e, também, com maior efetividade. Não se pode ignorar a relevância

das questões relacionadas à economicidade, à eficiência, à eficácia e à ética na política (TCE-RJ, 2004).

Para tanto, o governo do século XXI deve ser centrado no cidadão, e a arquitetura sugerida, que se alinha com essa visão, é a de uma única estrutura na ponta, fazendo a interface do cidadão com os governos. Assim, a transparência e a responsabilidade fiscal serviriam de pauta a todos os gestores. Por seu turno, os legisladores criaram mecanismos de controle de receitas, de despesas e de endividamento, bem como estabeleceram a gestão fiscal pautada no aumento da arrecadação, no controle dos gastos, no uso adequado dos recursos e na prestação de contas, que deve ser feita em linguagem acessível a qualquer cidadão.

Nesse sentido, o planejamento se torna um processo permanente que obedece a princípios técnicos, objetivando desenvolvimento econômico e social e melhoria nas condições de vida da população mediante transformações positivas.

Os Programas passaram a ser a unidade básica de organização do Plano Plurianual, assim como o módulo de integração do Plano com o orçamento, de modo que estes devem referir-se à solução de problemas precisamente identificados, com produtos bem estabelecidos além de metas e custos quantificados. Sua implementação deve ser monitorada e os resultados, avaliados mediante indicadores especificamente construídos, pois só é possível avaliar o que se pode medir (TCE-RJ, 2004).

Segundo Vaitsman (2001), a meritocracia que deve reger o serviço público se revela através do tipo de ingresso e de ascensão desenhados para estruturá-lo, mas a ideologia desse grupo reúne outros valores construídos

culturalmente e na cultura administrativa, pelo que o mérito nem sempre é utilizado como único critério de ascensão profissional.

A profissionalização dos servidores públicos, a capacitação e a conscientização continuada do pessoal existente além da contratação de novos quadros propiciariam as mudanças necessárias a uma nova cultura organizacional e garantiriam a continuidade administrativa às alternâncias políticas que ocorrem a cada novo mandato (TCE-RJ, 2004).

### **3.1 Panorama Político do Município**

Após a emancipação de Duque de Caxias, em 1943, o primeiro prefeito eleito foi Gastão Glicério de Gouveia Reis, que administrou a cidade de setembro de 1947 a dezembro de 1950. Depois dele vieram também, pelo voto direto, Braulino de Matos Reis, Francisco Correa, Adolpho David, Joaquim Tenório Cavalcante e Moacyr Rodrigues do Carmo.

Com a ditadura militar, o município passou a ter prefeitos nomeados pelo Governo Federal a partir de 1971, pois esse regime considerou a região como área de segurança nacional pela existência da REDUC. Contudo, os vereadores continuavam sendo eleitos por voto popular e utilizavam práticas clientelistas com o objetivo de se perpetuarem nos cargos (ALBUQUERQUE, 1994).

A partir dessa data, o presidente da Câmara, Francisco Estácio da Silva, tomou posse contra a vontade das lideranças políticas e populares da região. Foram eleitos prefeitos, pela chamada ditadura militar, o general Carlos Marciano de Medeiros, os coronéis Renato Moreira da Fonseca e Américo Gomes de Barros Filho e o ex-deputado Hydekel de Freitas Lima.

Depois da movimentação de lideranças políticas, empresariais, sindicais e comunitárias, o município reconquistou a autonomia em 1985, tendo sido eleitos, daquele ano em diante, Juberlan de Oliveira, Hydekel de Freitas, José Carlos Lacerda, Moacyr do Carmo e o atual prefeito, José Camilo Zito dos Santos, reeleito em 2000, cujo mandato termina em dezembro de 2004.

Duque de Caxias, até a promulgação da nova Constituição Federal de 1988, não exigia a realização de concurso público para preencher vagas no setor público, razão pela qual estas foram distribuídas por critérios políticos e não meritocráticos pelos diversos representantes do poder executivo local.

Os Distritos municipais são divididos em redutos dos vereadores, que mantêm, em sua região, Centros de Ação Social. Na maioria dos bairros de maior organização social e maior concentração de eleitores, estes locais oferecem atendimento gratuito, em especial na área de saúde individual ambulatorial. Algumas áreas, como a do 4º Distrito, são conhecidas como “Currais Eleitorais” e, em geral, os representantes políticos que ali são eleitos, moram e militam na região. Desse modo, toda ação pública realizada nos redutos eleitorais é vista com desconfiança pelo respectivo político, que receia a perda de poder político e da popularidade no local.

Certos vereadores são conhecidos por suas ações mais freqüentes dentro das comunidades: Vereador... do caixão – ficou famoso por ajudar a enterrar entes queridos de famílias pobres; Vereador... da ambulância; Vereador... do táxi. A disputa por votos é extremamente acirrada e são muitos os atentados a políticos do município.

Desse modo, o poder político surge com as personalidades locais, ou seja, com os moradores da cidade, com os membros de comunidades cristãs

ou católicas, com os donos de comércio local – casas noturnas, bares, clubes e academias –, com os donos de instituições de ensino local, da mesma forma que com atores colocados em evidência na gestão de cargos públicos, como médicos e engenheiros. De idêntico modo, os atores envolvidos nas decisões que dizem respeito ao município são os mais diversos, como, por exemplo, os representantes do capital privado local, os políticos eleitos e reeleitos pelos votos da população dos distritos – vereadores, deputados e prefeitos –, os pastores evangélicos – em particular, os da Assembléia de Deus e os da Igreja Universal do Reino de Deus – bem como os padres católicos.

Os políticos da cidade dependem da doação de campanha dos comerciantes para permanecerem no processo político. O setor privado da cidade é organizado e pratica técnicas de administração de empresas modernas e atuais. Assim, os empresários mais bem sucedidos se reúnem em eventos combinados, formando uma rede articulada de controle local sobre as decisões políticas, sociais e econômicas.

No entanto, um dos constrangimentos do poder local é a situação ambiental do município, pois o solo na localidade da Cidade dos Meninos está contaminado, de maneira irreparável, por derrame de organoclorado – inseticida de uso proibido na agricultura, o hexaclorociclohexano (HCH) –, que foi abandonado em uma fábrica desativada, afora os diversos aterros sanitários de lixo existentes na região da Baixada Fluminense (BASTOS, 1999).

As finanças municipais demonstraram crescimento de 81% nas receitas realizadas e de 93% nas despesas entre 1998 e 2003. Do total da receita corrente, 98% estão comprometidos com despesas de custeio. No exercício de 2003, o município apresentou autonomia financeira de 16%, constatando-se

redução na autonomia municipal, já que a Receita Tributária cresceu apenas 72% no período, contra 156% de aumento das despesas de custeio. Os recursos financeiros gerados em atividade tributária própria do município correspondem a 60% da receita total.

Por conseguinte, houve aumento na capacidade do ente em manter as atividades e serviços próprios da administração com recursos oriundos de sua competência tributária, tornando-o menos dependente de transferências de recursos financeiros dos demais entes governamentais. Boa parte da capacidade de investimento do Município está atrelada ao comportamento da arrecadação de outros governos, Federal e Estadual, em função das transferências de recursos.

Na carga tributária per capita, o aumento foi de 71% e o custeio per capita teve crescimento de 138% no período de 1998 a 2003. Se considerarmos que cada cidadão contribuiu para os cofres municipais com R\$ 108,00, a quantia de R\$ 39,00 apurada nos investimentos per capita representaria praticamente que 36% dos tributos pagos pelos cidadãos, a eles retornariam como investimentos públicos.

No entanto, Duque de Caxias vem mantendo níveis baixos de investimento, evidenciando que uma parcela pequena dos recursos públicos é direcionada ao desenvolvimento do município (TCE-RJ, 2004).

## **CAPÍTULO IV. A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS**

### **4.1 Antecedentes Históricos**

Os serviços municipais de saúde foram criados em 1960, mas o atendimento público era prestado, até 1967, por Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) como parte da cidadania regulada, sistema vigente na época para inclusão de categorias de profissionais na política de Estado (SANTOS, 1979).

No entanto, a rede de atenção aos bancários era a única com estrutura própria, enquanto todas as profissões que possuíam institutos terceirizavam o atendimento de saúde do setor privado local. Os IAPs mantinham um serviço de atendimento à população sem vínculo empregatício, que era o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU).

Praticamente, todos os gestores e funcionários da rede pública da época eram vinculados, ao mesmo tempo, ao setor privado local, deixando uma herança que persiste nos dias atuais.

Em 1968, o prefeito eleito de Caxias obteve doação de dois hospitais, da parte de instituição filantrópica, os quais possibilitaram a formação de rede assistencial pública própria. No ano seguinte, em 1969, o Governo Estadual construiu postos de saúde localizados no segundo e terceiro distritos sanitários do município, que deveriam ser geridos por verba Estadual. Essas unidades funcionavam precariamente e não contavam com recursos materiais e humanos apropriados para fixar os profissionais nesses locais (ROSA, 1990).

Um projeto que foi financiado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e que teve início em 1975, tinha por objetivo aumentar o acesso aos serviços assistenciais através da contratação de serviços da rede privada local pelo Governo Estadual.

Caxias, nesse período, apresentou a maior rede contratada pelo Estado: o atendimento à população com vínculo empregatício e previdenciário era prestado por quatro Postos de Assistência Médica (PAMs), vários ambulatórios e serviços de diagnóstico privados. Ao todo existiam dezessete casas de saúde terceirizadas no município.

A população carente freqüentava o atendimento nos dois hospitais públicos locais, que ofereciam atenção terciária de baixa complexidade e péssimas condições de infra-estrutura e de recursos humanos. O atendimento ambulatorial – que era responsabilidade do governo estadual – contava com um centro de saúde e com sete postos em condições similares às oferecidas pelo município.

Já na década de 1980, diversos eram os problemas econômicos na saúde. Como exemplo é possível citar os casos de super faturamento em procedimentos terceirizados pelo Governo Federal e nas contas com a saúde, que não representavam as metas esperadas. Na atenção previdenciária à saúde, Caxias apresentava favorecimento do setor privado e sucateamento do serviço de saúde pública (ROSA, 1990).

Uma das características fortes do município, até os dias de hoje, é a rede pública de saúde ser complementar ao setor privado, com freqüência nas compras de urgência e nas terceirizações do setor, além de transferências de

pacientes – provenientes da rede privada local e com alto custo de procedimentos – para os hospitais públicos.

O município não possuía serviços próprios de diagnóstico, motivo pelo qual a maioria das compras desses produtos se realizava na rede privada local. O curioso é que muitos profissionais responsáveis por setores rudimentares na rede, trabalhavam ou eram donos de serviços semelhantes no setor privado local. Estranhamente, os poucos aparelhos adquiridos pelo SUS permaneciam desativados ou quebrados a maior parte do tempo. Foram feitas diversas tentativas de ativar esses recursos, mas estas culminaram com a perda de cargos em comissão pelos gestores ou servidores locais.

O serviço contratado, em geral, era de má qualidade e alto custo para os cofres municipais, porém fornecia a sustentação da malha empresarial local, que financia os políticos durante suas campanhas (ROSA, 1990).

Em 1984, as Ações Integradas de Saúde (AIS) passaram a ser implementadas no município. Seus objetivos incluíam o aumento da atenção pública não vinculada às terceirizações da rede previdenciária local. Por ação da Administração Pública local, em benefício do setor privado local, as reuniões para a elaboração dessas AIS eram feitas de forma desorganizada, levando ao fracasso das ações locais. As ações propostas visavam instalar módulos simplificados de saúde, que seriam vinculados às associações de moradores (ALBUQUERQUE, 1994).

Com eleições diretas para prefeito em 1985, a Secretaria Municipal de Saúde esteve sob gestão administrativa voltada aos interesses dos usuários do setor público, mas as ações inovadoras e protecionistas da gestão municipal de

saúde culminaram em conflitos com o poder privado local e em ameaças à vida da gestora pública nomeada, decorrendo disso o abandono do cargo.

Empresas como a Petrobrás, em 1987, financiaram a construção de unidades mistas de atendimento à saúde com o objetivo de ampliar a rede pública e integrar o Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB). Com a descentralização das ações de saúde, essas unidades foram posteriormente municipalizadas.

A descentralização dos serviços de saúde locais e sua posterior municipalização permitiram a permanência de servidores federais que, devido ao seu preparo técnico, assumiram funções de chefia na Secretaria de Saúde Municipal.

Caxias foi o último município a aderir à descentralização proposta desde a Constituição de 1988, firmando acordo só em 1991. Em parte, o receio deveu-se à estrutura da administração local, que era precária, e à possibilidade de insuficiência nos repasses financeiros governamentais.

## **4.2 A Saúde Municipal Hoje**

Duque de Caxias foi habilitado à gestão semiplena pelas Normas Operacionais Básicas (NOB 1/93) em virtude da capacidade pública instalada e adquirida no processo de municipalização. Com a gestão plena, através da NOB 1/96, o município pôde gerenciar os próprios recursos e dar novo fôlego ao setor público.

### **4.2.1 Recursos Humanos**

Ainda hoje, em 2005, os servidores municipais se ressentem dos recursos humanos herdados com a formação do SUS após a extinção do

antigo INAMPS. Mais preparados tecnicamente, estes profissionais assumiram as gerências da administração na SMS-DC, porém os servidores 'federais' são vistos com rejeição pelos técnicos locais e invejados por sua situação na gestão.

No que diz respeito aos recursos humanos, a rede municipal de saúde está assim distribuída:

**QUADRO 4.1 QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ATIVIDADE, REMUNERAÇÃO EM REGIME DE PLANTÃO OU NÃO. DUQUE DE CAXIAS – 2001**

<b>FUNÇÃO</b>	<b>QUANTITATIVO</b>	<b>SALÁRIO*</b>	<b>SALÁRIO EM REGIME DE PLANTÃO 24 HORAS*</b>
<b>Enfermeiros</b>	122	965,91	1.775,91
<b>Médicos</b>	912	965,91	1.775,91
<b>Técnicos de Enfermagem</b>	520	447,82	777,83
<b>Outros</b>	791	ND**	ND
<b>Total</b>	2.354	ND	ND

\*Valores em reais

\*\*Não Declarado

Fonte: SMS-DC e SIH/SUS, 2004.

Note-se que o quantitativo de profissionais médicos referido pelo IBGE para o atendimento dos habitantes é de um profissional para 300 habitantes (IBGE, 2001). Em Caxias, considerando-se 808 mil habitantes, a média aproximada é de um profissional médico para cerca de 886 pessoas.

Igualmente importante é registrar que a folha de pagamento da SMS-DC possui ex-servidores que acumularam altos salários por terem incorporado cargos em comissão e aposentadorias acumuladas após a ocupação de cargos políticos no município. Assim, um servidor aposentado, após ter sido vereador, recebe, em média, salário de R\$ 12.000,00 (doze mil reais); as despesas com pessoal correspondem a 48, 67% do orçamento público da saúde em 2003 no município (SIOPS, 2005), como exposto no Quadro 4.2, que demonstra os gastos com Orçamento Público em Saúde do Município de Duque de Caxias.

**QUADRO 4.2 ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS, RIO DE JANEIRO – 2000 A 2003**

Anos	2000	2001	2002	2003
<b>Despesa total com saúde por habitante (R\$)</b>	102,12	112,19	127,60	141,45
<b>Despesa com recursos próprios por habitante (R\$)</b>	48,32	53,40	68,39	83,35
<b>Transferências SUS por habitante (R\$)</b>	53,80	58,78	59,21	58,10
<b>% despesa com pessoal/despesa total</b>	32,27	35,84	44,67	48,67
<b>% despesa com investimentos/despesa total</b>	1,91	3,40	2,21	1,71
<b>% transferências SUS/despesa total com saúde</b>	52,68	52,40	46,40	41,07
<b>% de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29)</b>	19,89	17,66	17,56	19,90
<b>% despesa com serv. terceiros - pessoa jurídica /despesa total</b>	36,42	32,57	31,55	31,37
<b>Despesa total com saúde</b>	79.186.815,20	87.898.942,50	101.836.389,41	114.374.985,48
<b>Despesa com recursos próprios</b>	37.469.805,04	41.843.069,53	54.581.563,36	67.397.014,94
<b>Receita de impostos e transferências constitucionais legais</b>	188.410.752,83	236.954.532,61	310.788.247,04	338.757.467,08
<b>Transferências SUS</b>	41.717.010,16	46.055.872,97	47.254.826,05	46.977.970,54
<b>Despesa com pessoal</b>	25.550.251,50	31.500.000,00	45.490.095,41	55.662.077,33

Fonte: SIOPS e Indicadores Municipais de Saúde, 2005.

A seguir vê-se o quantitativo de profissionais de saúde da rede local.

**QUADRO 4.3 QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ATIVIDADE OU INATIVOS E FOLHA DE REMUNERAÇÃO MENSAL TOTAL. DUQUE DE CAXIAS –2001**

FUNÇÃO	QUANTITATIVO	SALÁRIO
<b>Funcionários Ativos</b>	10.553	ND*
<b>Funcionários Inativos</b>	2.436	ND
<b>Folha Mensal Salário</b>	ND	13.700 Milhões de Reais
<b>TOTAL</b>	12.989	ND

\*Não Declarado

Fonte: SMS-DC, 2001 e SIH/SUS, 2004.

#### **4.2.2 A Atenção Básica**

As ações de atenção básica têm penetração pouco eficaz na região, tanto em razão das dificuldades oriundas da forma de administração que é adotada nas equipes multiprofissionais quanto pelas dificuldades observadas em relação às características necessárias aos profissionais que devem ser lotados neste tipo de ação. Mesmo nas comunidades, as equipes não possuem a habilidade das visitas domiciliares e reivindicam espaço – imóveis, como postos de saúde ou mini-postos – para pousar suas equipes e escrever os dados, além de acomodação para procedimentos mais restritos.

Procedimentos que exijam dos profissionais maior capacitação e intimidade com relação às questões particulares dos usuários das comunidades – como, por exemplo, os exames de colpocitologia oncótica, que é o exame de preventivo de detecção do câncer de colo do útero, e exames para o diagnóstico de soropositividade - anti-HIV – encontram restrições, apresentando baixos resultados de indicadores de cobertura em saúde (RIBEIRO, COSTA, PINTO & SILVA, 2004).

Assim, os profissionais médicos destas unidades carecem das qualificações exigidas para incorporar tais procedimentos. Um pediatra que tenha migrado para as equipes de PSF, dificilmente terá o desejo ou a abordagem adequada para certas condutas, como, por exemplo, a colheita de um exame preventivo ginecológico domiciliar. Existem também dificuldades locais relacionadas aos pólos de capacitação da região. O ambiente e os profissionais, em muitos momentos, são rejeitados pelos servidores, que preferem ser treinados em ambientes públicos ou nos pólos de capacitação existentes em faculdades públicas.

Abaixo listamos a rede de atenção básica e ambulatorial existente em cada distrito sanitário municipal:

**QUADRO 4.4 REDE DE ATENÇÃO BÁSICA E AMBULATORIAL DOS DISTRITOS SANITÁRIOS MUNICIPAIS – DUQUE DE CAXIAS**

<b>ATENÇÃO BÁSICA E AMBULATORIAL</b>	<b>PRIMEIRO DISTRITO*</b>	<b>SEGUNDO DISTRITO*</b>	<b>TERCEIRO DISTRITO*</b>	<b>QUARTO DISTRITO*</b>
<b>Centro de Saúde</b>	1	–	–	–
<b>PAM</b>	1	–	–	–
<b>Deficientes Físicos</b>	1	–	–	–
<b>Centro de Atendimento a Adolescentes</b>	1	–	–	–
<b>Postos de Saúde</b>	4	2	2	–
<b>Postos Sanitários</b>	–	3	2	1
<b>Centro de Zoonoses</b>	1	–	–	–
<b>Centro Odontológico</b>	1	–	–	–
<b>Unidades Comunitárias de Saúde</b>	9	4	2	2
<b>Unidades de PSF</b>	6	4	6	1
<b>Unidade de Atendimento Móvel</b>	1	–	–	–

\*Primeiro Distrito: população de 365.912 hab., em área de 41 km<sup>2</sup> e densidade de 8.925 hab./km<sup>2</sup>.

\*Segundo Distrito: população de 221.787 hab., em área de 98 km<sup>2</sup> e densidade de 2.263 hab./km<sup>2</sup>.

\*Terceiro Distrito: população de 113.507 hab., em área de 64 km<sup>2</sup> e densidade de 1.774 hab./km<sup>2</sup>.

\*Quarto Distrito: para população de 45.552 hab., em área de 239 km<sup>2</sup> e densidade de 191 hab./km<sup>2</sup>.

Fonte: SMS-DC/2001 e Sistema de Informações Ambulatorial do SUS-SIA/SUS-2004.

No Quadro 4.5 vê-se a rede ambulatorial municipal e o tipo de prestador:

**QUADRO 4.5 NÚMERO E PROPORÇÃO DE UNIDADES AMBULATORIAIS DE DUQUE DE CAXIAS POR TIPO DE PRESTADOR – 2002**

<b>TIPO DE PRESTADOR</b>	<b>UNIDADES</b>	<b>%</b>
PÚBLICO FEDERAL	-	-
PÚBLICO ESTADUAL	-	-
PÚBLICO MUNICIPAL	<b>95</b>	<b>64.6</b>
PRIVADO COM FINS LUCRATIVOS	<b>39</b>	<b>26.5</b>
PRIVADO OPTANTE PELO SIMPLES	-	-
PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS	<b>10</b>	<b>6.8</b>
FILANTRÓPICO COM CNAS VÁLIDO	-	-
SINDICATOS	<b>2</b>	<b>1.4</b>
UNIVERSITÁRIOS PÚBLICOS	<b>1</b>	<b>0.7</b>
UNIVERSITÁRIOS PRIVADOS	-	-
NÃO IDENTIFICADOS	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>147</b>	<b>100.0</b>

Fonte: SMS-DC, 2001 e SIA/SUS, 2004.

Observamos também dificuldades na implementação do atendimento odontológico local, como referido em outros estudos (RIBEIRO, COSTA, PINTO & SILVA, 2004).

Ao que parece, essa questão se relaciona ao custo e aos procedimentos oferecidos, que ainda são limitados a ações básicas, como aplicação de flúor e extrações dentárias.

O Quadro 4.6 refere a situação na rede local relativa aos Consultórios Médicos e Equipos Odontológico de Unidades Ambulatoriais de Caxias.

**QUADRO 4.6 CONSULTÓRIOS MÉDICOS E EQUIPOS ODONTOLÓGICO DE UNIDADES AMBULATORIAIS DE DUQUE DE CAXIAS/RJ – 2003**

INSTALAÇÃO	NÚMERO	Nº POR 10.000 HAB.
CONSULTÓRIOS	<b>484</b>	<b>6.2</b>
EQUIPO ODONTOLÓGICO	<b>51</b>	<b>0.7</b>

Fonte: SIA/SUS, 2004.

A seguir, o quadro representa a situação dos Consultórios Médicos e dos Equipos Odontológicos de Unidades Ambulatoriais de Niterói para análise comparativa quanto à classificação do IDH-M do Estado do Rio de Janeiro.

**QUADRO 4.7 CONSULTÓRIOS MÉDICOS E EQUIPOS ODONTOLÓGICOS DE UNIDADES AMBULATORIAIS DE NITERÓI/RJ – 2003**

INSTALAÇÃO	NÚMERO	NO. POR 10.000 HAB.
<b>Consultórios</b>	536	11.5
<b>Equipo Odontol.</b>	68	1.5

Fonte: SIA/SUS, 2005.

Os quadros abaixo demonstram a baixa aplicação per capita do município nos diferentes níveis de atenção à saúde, evidenciando o distanciamento do município no que toca às metas propostas para o novo milênio, quando o relacionamos ao município de maior destaque no Estado do Rio (IDH-M, Pnud/ONU, 2000).

QUADRO 4.8 VALORES PER CAPITA EM REAIS NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS – 2001 A 2004

Ano	REMUNERAÇÃO POR SERVIÇOS PRODUZIDOS	Transferências			Total
		MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	ATENÇÃO BÁSICA	AÇÕES ESTRATÉGICAS	
2001	<b>3,20</b>	<b>38,16</b>	<b>15,47</b>	<b>0,32</b>	<b>57,15</b>
2002	<b>2,44</b>	<b>36,59</b>	<b>15,32</b>	<b>4,59</b>	<b>58,94</b>
2003	-	<b>34,07</b>	<b>16,04</b>	<b>8,78</b>	<b>58,89</b>
2004	-	<b>37,04</b>	<b>18,57</b>	<b>9,29</b>	<b>64,90</b>

Fonte: SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde.

QUADRO 4.9 VALORES MÉDIOS ANUAIS EM REAIS NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS – 2004

Nº DE PROCEDIMENTOS BÁSICOS POR HABITANTE	<b>5.3</b>
VALOR PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS/HABITANTE (EM REAIS)	<b>16.1</b>
VALOR PROCEDIMENTOS ALTA COMPLEXIDADE/HABITANTE (EM REAIS)	<b>8.27</b>

Fonte: SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde.

QUADRO 4.10 VALORES PER CAPITA EM REAIS NO MUNICÍPIO DE NITERÓI – 2001 A 2004

ANO	REMUNERAÇÃO POR SERVIÇOS PRODUZIDOS	TRANSFERÊNCIAS			
		Média e alta complexidade	Atenção básica	Ações estratégicas	Total
<b>2002</b>	9,36	85,50	20,31	14,46	129,64
<b>2003</b>		81,74	26,25	21,14	129,13
<b>2004</b>		88,33	30,46	23,34	142,13

Fonte: SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde.

QUADRO 4.11 VALORES MÉDIOS ANUAIS EM REAIS NO MUNICÍPIO DE NITERÓI – 2004

Nº DE PROCEDIMENTOS BÁSICOS POR HABITANTE	<b>7.1</b>
VALOR PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS/HABITANTE (EM REAIS)	<b>55.8</b>
VALOR PROCEDIMENTOS ALTA COMPLEXIDADE/HABITANTE (EM REAIS)	<b>24.73</b>

FONTE: SIH/SUS, SIA/SUS E FUNDO NACIONAL DE SAÚDE.

Apresentamos anexo o relatório resumido da receita de impostos e das despesas próprias com saúde, orçamento fiscal e seguridade social do município no exercício do ano de 2002 (Anexo 6).

A rede de atenção secundária alcança apenas problemas relacionados aos níveis mais básicos de atendimento. Em Duque de Caxias, os serviços ofertados no SUS estão distribuídos de maneira extremamente irregular e ocupam grande parte do primeiro e segundo distritos municipais.

#### **4.2.3 O Sistema Hospitalar ou a Atenção Terciária**

O município ainda possui estrutura de internação absolutamente inferior às necessidades da população. Segundo o MS/SAS (2000), a relação de leitos recomendada para o número de habitantes é de três a quatro leitos por mil habitantes, enquanto a relação atual do município é de 1,2 leitos por mil habitantes, valor ainda inferior às necessidades dos usuários do SUS.

**QUADRO 4.12 CAPACIDADE INSTALADA HOSPITALAR COM NÚMERO DE LEITOS EXISTENTES / NATUREZA DA INSTITUIÇÃO. DUQUE DE CAXIAS – 2002**

<b>HOSPITAL</b>	<b>NÚMERO DE LEITOS</b>
<b>Contratados</b>	638
<b>Estadual</b>	234
<b>Municipal</b>	266
<b>Filantropicos</b>	23
<b>Total</b>	1161

Fonte: SMS-DC, 2001 e SIH/SUS, 2004.

Descrevemos abaixo a série histórica de diminuição de rede contratada pelo município desde 1995 até 2002, mostrando a situação anterior, gravíssima no sentido de dependência e de complementaridade do SUS em Caxias.

**QUADRO 4.13 NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES CONTRATADOS, SEGUNDO ANO, NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS – 1995-2002**

<b>ANO</b>	<b>DUQUE DE CAXIAS</b>
<b>1995</b>	<b>1.387</b>
<b>1996</b>	<b>1.407</b>
<b>1997</b>	<b>1.407</b>
<b>1998</b>	<b>1.407</b>
<b>1999</b>	<b>1.462</b>
<b>2000</b>	<b>1.356</b>
<b>2001</b>	<b>1.434</b>
<b>2002</b>	<b>638</b>

Fonte: SIH/SUS, 2004.

Para enfrentar esse quadro e melhor racionalizar os recursos do SUS, o Plano diretor do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF) – desenvolvido pelo Estado do Rio de Janeiro (MS nº 1.163/99 e CEPESC-UERJ, 2000) – surgiu de um conjunto de sugestões elaborado pelo Banco Mundial, ainda em 1998, com o objetivo de fortalecer as ações dos estados em sua função de regionalização e de otimização das ações de saúde compartilhada de serviços e especializações de referência entre municípios, para gerar economia de recursos e estimular as oportunidades de especialização municipal (WORLD BANK, 1998).

Um possível desdobramento desse consórcio seria o de a regionalização criada a partir do estado do Rio de Janeiro ocasionar reação negativa por parte dos municípios no que toca à perda de sua autonomia, além do incremento gerado por soluções definidas pela adoção de modelos de livre associação em detrimento das soluções locais, municipais individualizadas, definidas anteriormente por cada gestor (COSTA, SILVA & RIBEIRO, 1999).

Os possíveis contratos de gestão firmados nesse consórcio ampliam os mecanismos de responsabilização das organizações públicas e orientam novas

estratégias político-administrativas. Caxias participa desse consórcio, mas demonstra ainda distanciamento dos objetivos propostos. Com todo o esforço realizado até este período, não foi possível tornar integrada e melhor articulada a rede de diagnósticos com os exames de imagem e com a rede laboratorial adequada às necessidades de saúde atual. Para melhor visão dessa rede, o quadro a seguir resume a situação geral e inclui o tipo de oferta existente de leitos para cada especialidade.

**QUADRO 4.14 CAPACIDADE INSTALADA HOSPITALAR COM NÚMERO DE LEITOS EXISTENTE, ESPECIALIDADE E NATUREZA DA INSTITUIÇÃO. DUQUE DE CAXIAS – 2001**

UNIDADE HOSPITALAR E NATUREZA INSTITUCIONAL	QUANTITATIVO DE LEITOS POR CLÍNICA							
	CIRURGIA	CLÍNICA	OBSTETRÍCIA	PEDIATRIA	PSIQUIATRIA	PNEUMO	TERMINAL	TOTAL
Casa de Saúde e Maternidade Santa Helena Ltda Privado	10	10	45	50	1	0	1	117
Hospital de Clínicas São Paulo Ltda Privado	20	0	0	0	0	0	0	20
Hospital Geral de Duque de Caxias (Saracuruna) Estadual	63	82	47	40	0	1	1	234
Hospital Municipal de Xerém Municipal	4	12	42	20	0	0	0	78
Madre Duque Hospitalar Ltda Privado	40	25	0	15	0	0	0	80
Prontocardio Sociedade Médica Santa Cecília Ltda Privado	2	0	0	0	0	0	135	137
Sanatório Duque de Caxias Ltda Privado	0	0	0	0	284	0	0	284
Serviço de Assistência Social Evangélico Filantrópico	10	3	10	0	0	0	0	23
Hosp. Municipal Duque de Caxias Municipal	10	32	44	20	0	0	0	106
Hosp. Inf. Ismélia Silveira Municipal	12	0	0	68	0	2	0	82
<b>Total</b>	<b>169</b>	<b>166</b>	<b>188</b>	<b>213</b>	<b>285</b>	<b>3</b>	<b>137</b>	<b>1.161</b>

Fonte: SMS-DC, 2001 e SIH/SUS, 2004.

É de muito interesse referir que o tipo de complexidade de atenção terciária sempre será de alto custo, quando relacionado aos gastos observados na atenção básica e na média complexidade. Cada vez mais é necessário perceber que o rastreamento efetuado pelos níveis menores de complexidade

de atenção à saúde traz à luz os casos graves, que ainda estão estacionados no horizonte subclínico de evolução de doença.

Da mesma forma, é de suma importância não abandonarmos ou sucatearmos o nível terciário de atenção, pois os usuários do sistema que a ele recorrem são os que mais carecem de ações urgentes e que mais dependem do Estado para a sua sobrevivência.

O que parece faltar realmente nesse nível de atenção de saúde é a melhor fiscalização dos custos desses procedimentos, que são, na maioria das vezes, terceirizados por parte dos gestores, principalmente, dos hospitais.

Com relação à integralidade regional, todos os servidores municipais entrevistados na pesquisa de campo informaram não fazer uso de referência de usuários ao Hospital Estadual existente em Caxias, o Hospital Estadual Adão Pereira Nunes.

*A senhora conseguiu integrar a rede municipal à unidade estadual local?*

*Não. (...) É... Houve três, mudança de três diretores. (...) não foram três, não, foram quatro. (...) Continuamos a ter o Hospital (...) pro segundo, terceiro e quarto distrito, e as pessoas continuam indo pra lá... Eu acredito que, agora, com esse intercâmbio melhor do Estado com o Município, é.... Quê que o pessoal orienta a gente? Pessoal, que eu digo, assim, é o pessoal do Estado. O quê que a gente tem que procurar? A gente tem que procurar falar diretamente com o diretor. Entrar em contato direto pra fazer uma certa parceria. A palavra foi essa usada pelo Estado, pra que esse entendimento ocorra... (Entrevista com GESTOR)*

O relato acima mostra que o Hospital não trabalhou integrado à rede já existente desde a inauguração no município e sem a sua real municipalização, conforme o proposto desde a Constituição de 1988.

Um exemplo da prática local: durante o segundo semestre de 2004, época de campanha eleitoral acirrada na região, houve um 'mutirão' de cirurgias nessa unidade Estadual de saúde. A justificativa para tal evento foi a

de existir significativo número de pacientes que aguardavam há muito tempo pelo tratamento de alta complexidade lá oferecido.

Os quadros abaixo demonstram as dificuldades e os óbitos relacionados à maioria das doenças que necessitam desse tipo de atenção terciária com internações, em geral, recorrentes até o óbito, além de procedimentos de alta complexidade e alto custo que permanecem por conta de firmas terceirizadas ou contratadas em caráter emergencial, sem licitação ou outra forma de controle dos custos, como acontece com os procedimentos de diálise ou de nutrição parenteral.

**QUADRO 4.15 COEFICIENTE DE MORTALIDADE PARA ALGUMAS CAUSAS SELECIONADAS\* (POR 100.000 HABITANTES)**

<b>ANO</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>
<b>Aids</b>	15.4 óbitos	13.1 óbitos	11.9 óbitos	9.5 óbitos	11,0 óbitos
<b>Neoplasia da mama</b>	12.3 óbitos	12.9 óbitos	11.1 óbitos	12.0 óbitos	14.3 óbitos
<b>Neoplasia colo do útero</b>	5.5 óbitos	6.7 óbitos	6.1 óbitos	6.0 óbitos	9.5 óbitos
<b>Infarto agudo do miocárdio</b>	39.3 óbitos	30.5 óbitos	28.4 óbitos	31.6 óbitos	31.6 óbitos
<b>Doenças cerebrovasculares</b>	74.3 óbitos	72.9 óbitos	60.3 óbitos	60.5 óbitos	68.3 óbitos
<b>Diabetes millitus</b>	29.5 óbitos	30.0 óbitos	28.0 óbitos	34.7 óbitos	34.2 óbitos
<b>Acidentes de transporte</b>	25.2 óbitos	22.3 óbitos	18.6 óbitos	16.3 óbitos	13.4 óbitos
<b>Agressões</b>	75.5 óbitos	76.6 óbitos	75.1 óbitos	67.0 óbitos	58.5 óbitos

\*MS/IBGE, 2003

\*\*Série histórica do município, cálculos realizados por 100 mil habitantes (SIM).

Fonte: SIM, 2002.

QUADRO 4.16 MORTALIDADE PROPORCIONAL (%) POR FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS – 2000 – CID 10

GRUPOS DE CAUSAS	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	Total
I. ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	10.3	16.2	20.0	5.3	0.8	10.1	4.7	2.9	5.9
II. NEOPLASIAS (TUMORES)	0.3	5.4	20.0	10.5	3.2	11.6	20.7	14.9	13.9
IX. DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO	1.0	-	-	10.5	1.6	15.9	39.2	43.0	30.1
X. DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATORIO	12.9	32.4	6.7	15.8	1.6	8.4	9.3	15.4	11.7
XVI. ALGUMAS AFECÇÕES ORIGINADAS NO PERÍODO PERINATAL	55.0	-	-	-	-	-	-	-	3.7
XX. CAUSAS EXTERNAS DE MORBIDADE E MORTALIDADE	2.3	18.9	33.3	36.8	87.2	40.1	6.0	3.4	16.6
DEMAIS CAUSAS DEFINIDAS	18.2	27.0	20.0	21.1	5.6	14.0	20.2	20.4	18.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fonte: SIM, 2004.

Até o momento, apesar de a classificação municipal apresentar bons resultados para o IDH-M, muitos usuários, pelo que se vê nos dados acima, permanecem sem atenção adequada aos padrões necessários às ações de saúde observadas mundialmente. É necessário que a melhoria da atenção

prestada se relacione ao aumento da qualidade da atenção e não ao incremento da cobertura por um crescimento indiscriminado do número de consultas realizadas pelo mesmo contingente de profissionais.

Humanização se relaciona à Qualidade da Atenção, ao passo que esta depende, em parte, da contratação de mais recursos humanos das mais diversas profissões de saúde, que estejam sempre capacitadas às funções em que há demanda excedente de usuários.

#### ***4.2.4 O PHPN em Duque de Caxias***

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento foi lançado na Baixada Fluminense em dezembro de 2001, no município de Duque de Caxias - RJ. Todos os municípios da Baixada aderiram ao programa.

Nessas cidades realizam-se anualmente 70 mil partos, sendo 42 mil no SUS. O governo estima repassar, além do valor já pactuado, mais de R\$ 600 mil por ano para que todas as gestantes da região recebam o atendimento mínimo preconizado pelo MS (MS, 2001).

Segundo o somatório de gestantes acompanhadas nas US e no PSF do município de Duque de Caxias, foram atendidas 6.300 usuárias no ano de 2003 (SIAB, 2005).

A cobertura de pré-natal do município na rede básica é de 48,7% das gestantes (6.300 gestantes), embora o total de gestantes do município seja estimado em 12.938. Incluímos nesse cálculo 585 gestantes atendidas no PSF local. Assim, o número de pacientes sem atendimento no próprio município é de 6.638 gestantes (51,3%) (SMS-DC, 2003). Esses dados foram calculados considerando-se que cada gestante realizou seis consultas de pré-natal, já se

excluindo desse total 20% das gestantes usuárias de planos de saúde (estimativa do IBGE para o cálculo).

Entretanto, o município possui apenas 45 profissionais médicos distribuídos nos quatro distritos para realizar atendimento de pré-natal na rede de atenção secundária (SMS-DC, 2003).

A Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) orienta, em seus manuais de treinamento técnico de pré-natal, que o número de seis consultas, estipulado como parâmetro indicador de cálculos do IBGE (2003), não se relaciona aos critérios ideais de atenção à gestante, pelos quais deveriam ser sete as consultas por paciente, afora as posteriores consultas de pós-natal em número que dependeria do estado geral da puérpera (FEBRASGO, 2004).

O quadro abaixo apresenta o número de gestantes e de consultas do pré-natal por distritos. As consultas de pós-natal não existem na rede local e não incluímos o atendimento de pré-natal realizado pelas equipes de PSF na rede municipal.

**QUADRO 4.17 COBERTURA PRÉ-NATAL POR DISTRITOS SANITÁRIOS. DUQUE DE CAXIAS – 2003**

DISTRITOS	US*	Nº TOTAL CONSULTAS PRÉ-NATAL	Nº TOTAL GESTANTES /ANO**
1º	4 Unidades	16.856	2.407
2º	3 Unidades	7.374	1.062
3º	2 Unidades	6.251	893
4º	2 Unidades	9.474	1.353
<b>Total</b>	11 Unidades	39.955	5.715

\*Unidades de Saúde (Unidades Básicas de Saúde).

\*\*Cálculo realizado com o mínimo de seis consultas por gestante.

Fonte: SMS-DC, 2003.

Pelo último Censo do IBGE, a população residente no município é de 808.614 habitantes, com um total de 16.172 gestantes e um universo de 269.526 mulheres em idade fértil (MS/IBGE, 2003).

Em 2002, o município mostrava 34.6% do total das internações hospitalares por grupos de causas ligados à gravidez – parto, puerpério e intercorrências – para um total de 133 leitos públicos de obstetrícia existentes na região (SIH /SUS, 2002).

Dados fornecidos pelo Datasus em decorrência das informações geradas pelo Pacto de Atenção Básica - 2003 expõem os seguintes valores para mortalidade neonatal e materna no período de anos de 1997 até 2001.

**QUADRO 4.18 NÚMERO DE ÓBITOS EM DUQUE DE CAXIAS\***

	<b>1997 ÓBITOS</b>	<b>1998 ÓBITOS</b>	<b>1999 ÓBITOS</b>	<b>2000 ÓBITOS</b>	<b>2001 ÓBITOS</b>
<b>NEONATAL**</b>	17,15	14,19	15,74	11,88	11,08
<b>MATERNA**</b>	107,20	97,89	81,63	60,61	53,08

\*MS/IBGE, 2003

\*\*Série histórica do município, cálculos realizados por 100 mil nascidos vivos (SIM/SINASC).

Fonte:MS/IBGE, 2003.

O Município de Duque de Caxias apresenta taxas de mortalidade materna e neonatal elevadas, enquanto o Brasil possui taxa de mortalidade materna de 47,36 mortes por 100 mil nascimentos em 2000, que está estimada para 69,19/100.000 em 2001 e 73,05/100.000 para 2002 (MS/IBGE, 2004).

Houve melhora das taxas de mortalidade neonatal no município. Essa quase estabilização pode ser sinal de melhoria na implementação das ações propostas pelo programa, mas ainda estamos longe do ideal.

## **CAPÍTULO V. UNIVERSO NORMATIVO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PHPN EM DUQUE DE CAXIAS**

Neste capítulo, analisaremos, a partir das entrevistas realizadas, o papel e o comprometimento dos gestores e dos profissionais médicos pré-natalistas envolvidos no processo de implementação do PHPN em Caxias, com base na categoria do modelo de Sabatier e Mazmanian: “Universo Normativo”.

### **5.1 Universo Normativo**

Esta categoria diz respeito ao desenvolvimento do que foi expresso através da estrutura legal básica, da proposta de lei ou do programa implementado. Serão estudadas as seguintes dimensões: a) objetivos claros e consistentes expressos na lei/norma estatutária, incluindo tanto o conhecimento das normas e metas do PHPN quanto sobre as rotinas de pré-natal adotadas pelos servidores; b) Integração hierárquica dentro e entre as instituições implementadoras; c) Recrutamento de implementadores, profissionais de saúde e gestores.

#### ***5.1.1 Objetivos claros e consistentes***

Nesta dimensão observamos a informação existente na rede local a respeito do programa e das leis que regem a atuação dos profissionais de saúde do município estudado (Estatuto do Servidor), bem como seu conhecimento técnico e/ou aprendizado institucional, que constituem fatores capazes de condicionar o processo de implementação do PHPN.

Os médicos pré-natalistas entrevistados neste trabalho mostraram quase que completo desconhecimento em relação ao PHPN tanto no tocante a seus princípios quanto às metas e propostas.

*Aqui em Caxias sobre o PHPN não, nunca ouvi (...) Aqui de Caxias? Não. Não, aqui não . Eu já fui informado sobre isso em outro local de trabalho... (MD4)*

*Sobre o PHPN (...) Nunca me foi informado... (MD2)*

*Não. Nunca ouvi falar (...) Nem de programa e muito menos de metas... (MD7)*

Dentre os entrevistados, apenas dois profissionais tinham opiniões próprias acerca de que seria o programa. No entanto, não sabiam quais eram as metas do programa, embora já tivessem ouvido falar, e evidenciavam dificuldade em explicar o que haviam apreendido da capacitação realizada no município.

*Possuo conhecimento porque uma vez nós fizemos, é..., participamos de uma palestra aqui... (Breve silêncio). Seria... O critério de humanização seria, nem sei explicar... (...) Eu acho que seria, eu acho que o critério de humanização seria você ter um bom... O seu relacionamento moral com a paciente, informação à paciente, para que a paciente, ela tenha, ela participe da, de, das fases do pré-natal também... O quê que vai acontecer, quais são os seus medos, quanto tempo tem a criança, o quê que ela deve fazer ou não. Eu acho que a humanização seria mais com o relacionamento, mais com a paciente. Seria uma coisa assim... (MD6)*

*Fazemos o possível pra termos objetivos e ter muito carinho com os nossos pacientes. Treinada sobre isso... PHPN, né? (...) Não. Isso é uma... (...) Já conversamos aqui com colegas, tá, com Direção, tá. Às vezes tem um programa, um grupo da Secretaria que vem pra cá pra fazer uma avaliação... (MD5)*

É importante referir que o quantitativo de pré-natalistas a ser capacitado na rede local é de quarenta e cinco profissionais. Mesmo assim, todos os outros colegas entrevistados não sabiam nem tinham ouvido falar do PHPN. Contudo, esse programa depende de empenho e informação do principal implementador, que, em nossa opinião, é o servidor municipal, por estar

diretamente em contacto com a usuária e representar a interface desta com a rede do SUS.

De qualquer modo, a informação aos profissionais de saúde da rede local é fragmentada, sem objetividade ou responsabilização dos mesmos. Uma vez não integrados ao processo criador, estes não se interessam pelo processo de implementação.

*Não, sem informação do PHPN (...) É, o que se fala desse programa de humanização é nos chamar pra assistir a uma aula, é..., de como receber a paciente. Enfim, é uma informação que realmente, é..., vamos dizer que não tem muito conhecimento. Nada das metas do programa (...) Nada de importante... (MD8)*

Em muitos momentos, durante as entrevistas, pudemos relacionar tal desinformação à luta pelo poder advindo do saber, uma vez que este fica armazenado com 'servidores especiais', os quais, ao assumirem funções de chefia, se distanciam dos objetivos do programa e se refugiam nas muitas dificuldades reais da rede.

*Sabia do PHPN. Eu tive um, uma apresentação, não posso nem dizer treinamento, porque foram, acho, assim, acho que duas horas de demonstração... O Estado ofereceu duas vagas pro município. Aí era um controle, um controle-avaliação, porque o programa, na verdade, é uma cobrança, né... E fui eu pela saúde coletiva daqui... (GESTOR I)*

*Houve uma capacitação (...) Dessa parte do PHPN com a ajuda do CISBAF, com o CISBAF organizando, e através do nosso programa de, existe um programa pra capacitação dos funcionários (...) A coordenadora deste programa, o PHPN, separou e fez um organograma de treinamento desses profissionais de cada unidade pra eles entrarem na humanização, pra saber que programa é esse, como funciona né, até chegar no básico do SISPRENATAL (...) Eu não vou te dizer que todo mundo capacitou (...) Mas já tem um quantitativo bom (...) Até a pessoa responsável vai fazer um mapeamento pra ver quem tá faltando (...) Pra complementar essa capacitação (...) Começou desde 2000, mas, na verdade, foi implementado no ano passado, no início de 2004. (GESTOR II)*

No que se refere às normas e direitos, nenhum dos pré-natalistas entrevistados conhecia o Estatuto do Servidor Municipal de Caxias, pelo que foi possível saber.

*Não, eu sei que tem, mas não tenho conhecimento não... Sei que existe. Nunca me interessou ter um estatuto desse... porque não tenho tempo, entendeu? Teria que eles trazerem pra nós e entregar... Nós não temos tempo de irmos até Caxias... Eu sei que tem o estatuto, porque todos os municípios têm estatuto de servidor, entendeu? (MD3)*

*Estatuto? (...) Não, saber os meus direitos né... E deveres. É..., uma vez já tentei, inclusive fui lá na Prefeitura pra ver se conseguia uma cópia, mas não consegui (risos). Ah, apenas "Ah, não sei onde é que tem cópia!". Uma enrolação. Ninguém sabia informar exatamente onde é que tinha, como arrumava uma cópia... Isso foi há alguns anos atrás. E, aí, eu acabei desistindo. Eu fui na Prefeitura, fui na Secretaria de Administração. Eu sei de alguns direitos que a gente ouve de boca a boca assim... (MD4)*

Tal fato é bastante grave, pois o desconhecimento a respeito do estatuto do servidor público local pode refletir-se diretamente na qualidade e na conduta dos atores empregados na manutenção da rede de saúde.

Em contraposição constatamos a existência de cooperativados que recebem o Estatuto de Servidor em outros municípios. Uma vez que sua finalidade é orientar os servidores que têm vínculo institucional oriundo de matrícula pública acerca das questões da administração pública e de suas regras e normas, não se compreende que prestadores terceirizados o recebam, uma vez que não podem ser envolvidos em processos administrativos e que, mesmo quando referidos, nenhum ônus lhes pode ser imputado.

*Não. não tive oportunidade. Mas eu gostaria de ter, porque eu tenho o estatuto do meu outro trabalho, eu recebi, tenho arquivado. Eu ganhei. Recebi pelo correio. No município Petrópolis. E lá em Petrópolis todo mundo é comunicado através... Eu faço parte de uma cooperativa... Recebi o Estatuto do servidor. (MD5)*

Acreditamos que o desconhecimento completo das normas estatutárias locais, que pode ser uma das causas do medo de perseguição referido pelos

servidores neste estudo, seja um dos resultados da ausência de cidadania plena que, segundo Carvalho (2003), é a combinação de liberdade, participação e igualdade para todos e serve como parâmetro para o julgamento da qualidade da cidadania em cada país e momento histórico.

Sem os direitos civis – principalmente, os de liberdade de expressão e de organização, os direitos políticos, o voto –, vigora o aspecto formal das leis sem eficácia prática, o que apenas dá justificativa para governos sem a representação dos cidadãos (CARVALHO, 2003).

*Sei que ele existe. É..., tentei tê-lo em mãos e, quer dizer, procurei a Prefeitura, o órgão administrativo da Prefeitura e não pude ter acesso a isso. Tudo “não sei”. Tudo “não sei” assim “ah eu”, por um colega “ah eu ouvir falar que nós temos direito a tal, tal coisa” ou “ouvi falar que nós podemos ter acesso a esses, nesses parâmetros” (...) Eu fiz umas duas incursões à Primavera e uma aqui logo no início, aí disseram pra mim, ah eu falei: “mas eu posso ter acesso ao estatuto?”. “Ah, pode, mas a senhora tem que falar com não sei quem, tem que dar entrada com não sei o quê” (...) Eu achei que o custo/benefício não valia muito a pena. Quer dizer, na verdade, eu até me acovardei no sentido de procurar os meus direitos, coisa assim... Era certo que havia um bloqueio. Só que eu achei que o trabalho que eu teria não valeria a pena, porque eu poderia até me indispor com algumas pessoas. (MD7)*

*Não (...) Estatuto do servidor... Sabe aquela coisa do “call center” que te passam pra um, pra outro, concordam com você plenamente, mas não resolvem nada. Então, é mais ou menos isso. É assim que eu me sentia. Eu falava com A, B, C e D. “Não isso não é comigo, é com fulano”, “Fulano, mas não” (...) Então, na verdade, tá instituído ali que ninguém sabia de nada. Eu acho que, assim, o desconhecimento é geral. Talvez, esses mesmos profissionais administrativos não estivessem, não tivessem conhecimento ou não estivessem treinados pra, é..., prestar essas informações. Porque pra você dizer que não sabe ou enrolar, você tem dois motivos: 1) Você não quer passar a informação; 2) Você não sabe. Eu não cheguei à conclusão, então... (MD8)*

Em vista do exposto, é pertinente afirmar que, na administração de empresas privadas, existem leituras referidas por empresários bem sucedidos, como, por exemplo, o livro que ensina a ‘arte da guerra’ (Tzu, 2004). O autor é do século VI a.C. e, dentre as orientações, encontra-se que: dividir permite

governar melhor; fragmentar a informação e desconhecer os direitos, cria seres sem vínculos éticos, sociais ou políticos...

### **5.1.2 Integração hierárquica dentro e entre instituições implementadoras**

Esta dimensão do Universo Normativo objetivou perceber os vínculos entre as três esferas de poder público e entre os próprios burocratas da hierarquia local (servidores públicos e gestores), suas articulações em prol de metas comuns e sua capacidade de, em conjunto, realizarem as necessidades dos usuários da rede. A importância desse item reside em que, na ausência das ações integradas, o bem-estar dos usuários que delas dependem é dificultado. Por isso buscamos averiguar as articulações entre serviços, o uso e a existência de rede com referências e contra-referências reais e efetivas e suas disponibilidades, assim como as condições necessárias à boa prática de saúde empregada para a gestante e seu conceito, expressas na lei pelo PHPN.

No momento em que surge o PHPN no município, percebemos o empenho do gestor local, que havia sido sensibilizado por técnicos do governo estadual e estava incumbido de normatizar as orientações expressas na lei federal junto aos diversos departamentos da SMS local. O discurso do gestor revela dificuldades na integração dos departamentos do nível central local para conseguir apoio e condições mínimas para a implementação:

*Eu achei que o controle de avaliação<sup>2</sup> fosse entrar comigo nessa briga, porque, é..., ele estaria fazendo uma cobrança pro município, né. E eu fui argumentar com a pessoa na época (...) Eu cheguei a estimar valores... Peguei tantas gestantes, com quantos reais cada gestante. “Olha, o*

---

<sup>2</sup> Departamento de Controle e Avaliação é o responsável local pelos contratos do SUS assim como pelas faturas de cobrança de procedimentos e contas da SMS – DC.

*município já ganha isso. Ah não, isso é mixaria... Isso aí, o município não precisa..." Aí é complicado. (GESTOR I)*

O recurso em questão está expresso na lei do PHPN, mas não foi o suficiente para, dentro da conjuntura política da rede de saúde local, estimular investimento e apoio dos gestores envolvidos no sentido de utilizar a verba do Fundo Municipal de Saúde. O gestor responsável demonstra abaixo o interesse pelos recursos oferecidos com a implementação do PHPN e a importância desse artifício para incentivar a implementação de novas políticas públicas.

*É importante essa coisa do recurso, que eu sempre bati nessa mesma tecla: "olha, vem recurso, vem recurso". Pra ver se conseguia... Eu acho que o controle de avaliação poderia ser mais um ator junto pleiteando a verba do Fundo Municipal de Saúde... (GESTOR I)*

Existem disputas entre servidores de diferentes esferas de governo, o que dificulta ações em bloco por parte dos técnicos e servidores, no sentido de atender e direcionar as ações governamentais, que têm por objetivo atender às necessidades dos usuários da rede. Essa questão surge de longa data, ainda na estruturação da rede anteriormente à Constituição de 88 e à formação do SUS, quando permaneceram servidores federais no município e estes, por sua capacitação apropriada, assumiram funções de destaque na gestão do SUS.

*É, existe disputa, existe, assim, até preconceito... Por exemplo, funcionário federal não se mistura com funcionário municipal... Eles são melhores, são melhores, são funcionários diferenciados (...) A coisa do federal ainda é muito forte (...) São hierarquicamente acima... Eu acho que é isso mesmo, é..., por serem federais eles estão hierarquicamente num patamar diferente dos demais funcionários. Se eu não fosse servidora do município e tivesse uma matrícula federal estaria, é..., em pé de igualdade na disputa com eles... Ah, sim. No meu caso acho especificamente que se fosse federal teria muito mais respeito do controle, com certeza. (GESTOR I)*

Ao questionar o papel do servidor com matrícula no estado e sua parceria nos percalços da gestão da saúde local, percebe-se uma simpatia relacionada principalmente, acreditamos, ao obscurecimento do poder dessa

esfera de governo intermediária entre o município e o governo federal. Além disso, muitos servidores municipais possuem também matrícula estadual e estão inseridos nos grupos de trabalho da SMS – DC.

*O estado ... eu não vejo com distância não (...) Porque, até bem pouco tempo, o Estado ganhava muito mal. Então, as pessoas são até muito humildes. (...) São muito mais pé no chão, entendeu? Não tem essa coisa de “eu sou melhor ou eu sou pior”. O controle de avaliação todo tem gente ainda da esfera federal dentro da Secretaria de Saúde. Noventa e nove por cento do controle de avaliação. (...) Assim, ele é responsável pelas contas do município pelos contratos, é um coração batendo diferente dentro da Secretaria, eles não se misturam. (GESTOR I)*

O SUS é visto como palco de disputas burocráticas e de difícil articulação no que diz respeito à integração hierárquica. Os gestores locais se referem a questões como a disputa pelo poder local entre os burocratas das diferentes esferas de governo.

A seguir percebe-se a forma de controle das propostas do PHPN por parte do governo federal e seu acesso às informações produzidas no município.

*O controle federal (...) A gente tem que fazer os relatórios e mandar esses relatórios pro estado, né. E também as interpretações de vamos dizer assim, de quantitativo, por exemplo, de óbitos (...) Isso aí vai dentro do relatório agora do SISPRENATAL. Esse primeiro já foi feito, 2004 já teve (...) Porque, na verdade, o Ministério passa através do estado, né, algumas ações do estado, a gente vai, repassa para o estado e o estado é que passa para o Ministério (...) Eles fizeram agora um projeto de incentivo direto de redução da mortalidade materna – PROESF Mãe e Filhos. Então é uma coisa mais direta, vai chegando perto... (GESTOR II)*

Os relatórios e dados que devem ser descritos no SISPRENATAL – programa informatizado que faz a interface do PHPN em rede com o governo federal, cujas metas são expressas na lei – dependem da interatividade da SMS com a própria rede local, ou seja, da criação de mecanismos capazes de recapturar, na rede, as informações da gestante desde o início do pré-natal até o puerpério, que inclui consultas de pós-natal, como solicitado em lei.

Neste ponto temos como fato a inexistência do pós-natal na rede local. Mesmo assim acreditamos ser possível recapturar dados das puérperas ainda na maternidade onde pode ter ocorrido o parto e antes da alta hospitalar, situação não observada por mim no trabalho diário em uma das maternidades do município.

Buscamos então localizar e relatar a integração entre as várias instituições das esferas de governo via sistema de informação, as articulações entre serviços, uso e existência de rede com referências e contra-referências reais e efetivas e suas disponibilidades com as condições expressas na lei pelo PHPN, que são indispensáveis à boa prática de saúde empregada para a gestante e seu conceito.

Os profissionais de saúde que realizam o atendimento de pré-natal na rede desconhecem, muitas vezes, as rotinas adotadas ou desejadas pela SMS-DC e não possuem direcionamento oficial para referenciar as gestantes com problemas. O estudo não encontrou informação, durante o pré-natal, do local de referência para o parto, de locais apropriados para realizar exames, assim como referência para retorno ao pós-natal, pelo que não se dá seqüência ao preconizado pelo programa.

*Encaminhamento? (...) Geralmente pros hospitais da rede mesmo, né. Olha, é o que todo mundo fala, né (...) É o que é o óbvio. A gente trabalha num hospital, normalmente vai pro hospital em que a gente tá fazendo o pré-natal (...) Orientada pra isso por alguém ou (...) Não, não... Local de referência pra encaminhamento de pacientes... Olha, antes do hospital de Saracuruna, a gente mandava pra onde a paciente... Bonsucesso... Geralmente nós transferíamos de ambulância né (...) A gente encaminha porque sabe que lá tem UTI neonatal (...) Elas vão andando mesmo (...) Porque num tem muita coisa, né? (breve silêncio)... (MD1)*

*Local de referência pra encaminhar pacientes gestantes de risco detectadas no pré-natal... No Município de Caxias não tem. Apoio de referência e contra-referência na rede local, também não. Eu encaminho*

*essas pacientes pro hospital de referência pra mim, que foi o hospital que eu fiz residência médica. E ajuda dos amigos. Referências minhas. (MD2)*

*Não; referência? (...) Eu mando porque eu já conheço, porque eu, eu encaminho porque eu já conheço os que têm, no Rio de Janeiro os que têm auto-risco, maternidade alto-risco, maternidade que não é alto-risco... Por isso que eu já encaminho. Mas eu não recebi não. Referência e contra-referência não. (MD3)*

*(...) E quando precisa de um exame mais sofisticado? Assim, uma ultrasonografia, um doppler, uma cardiotocografia? Aí, eu fico precisando... Continuo precisando (risos). Porque tento encaminhar pra outros lugares, mas nem sempre consigo retorno, é..., não consigo esses exames né... (MD4)*

*Sim, nós sabemos pra onde mandar. As pacientes sem risco são aqui. As pacientes com risco são hospitais que têm UTI neonatal, né... Como assim? Apoio... Apoio seria o quê? Segurança de saber que a paciente vai...? Não, nenhuma, meu amor. E aí? A gente reza, né... (MD5)*

Todos os entrevistados repetem o discurso descrito acima, em diferentes graduações, que vão fazendo decrescer a proposta de qualidade idealizada e expressa na lei do PHPN.

Da mesma forma, foi voz geral a deficiência no que tange ao recomendado pela rotina médica, que é inerente à formação do próprio profissional de saúde, o médico pré-natalista.

*Que o paciente faça os exames... Algumas vezes sim, mas a maioria das vezes não...Embora os exames que eu peço chegam três, quatro meses depois. Em algumas, não chega. (MD4)*

*É..., cardiotocografia, ultra-sonografia, doppler... Olha, é extremamente importante, e eu adoraria ter isso aqui. É muito difícil. É muito difícil da paciente fazer. Nós não sabemos. E essa referência acaba não tendo... Não, aí não. (MD5)*

*Tanto no pré-natal quanto no Ambulatório de Ginecologia Geral, tem que ter remédio pro paciente. Tem que ter onde fazer exame (...) A principal dificuldade: ultra-sonografia. Não consegue em hospital nenhum. Acaba tendo que fazer particular e de péssima qualidade, quando faz... Outra coisa, doppler, não consegue. Perfil biofísico fetal, nem pensar. Cardiotocografia também não consegue... Quer dizer... Ah, um detalhe, a gente não tem nem sonar pra escutar o bebê. Aqui, nada. Eu trazia o meu. Eu tenho que trazer o meu. Mas parei de trazer por medo de assalto. Porque a (...) foi assaltada aqui na frente... E eu falei o que, vou trazer o meu pra ser assaltada? Não, tô fora... (MD1)*

A rede de saúde do município apresenta-se sobrecarregada pela atual demanda de atendimento em todos os níveis de complexidade de atenção à saúde. De qualquer modo, o acesso facilitado às maternidades e a qualificação dos profissionais de saúde da rede pública são alguns dos elementos de destaque para diminuir as taxas de mortalidade materna no país.

Por sua vez, os médicos referem o pouco tempo dedicado a cada consulta como fator limitante da qualidade da informação e da atenção prestada ao usuário além da grande desorganização dos serviços.

*Não... Orientação, muito menos (risos). É que é desorganizado... O problema é a desorganização de agenda, essas coisas todas... Eu tomo conta, em parte, da agenda, mas também outras pessoas tomam conta. Então, ao mesmo tempo que eu marco, outros marcam, e às vezes marcam paciente demais. Entendeu... Consigo, às vezes, fazer o pré-natal de uma paciente inteiro, com exame, com tudo que precisa. Agora, o problema é, com relação a laboratório, eu acho um caos. Laboratório é uma negação. Atualmente... Não, sempre foi, né... (MD4)*

Os gestores locais justificam a situação mediante a alegação de pouca verba para a saúde e pelo atendimento sobrecarregado com a demanda reprimida dos municípios vizinhos.

### **5.1.3 Recrutamento de implementadores, profissionais de saúde e gestores**

Nesta dimensão do estudo observamos os limites dos recursos humanos recrutados como implementadores tanto com relação a sua capacitação quanto à quantidade necessária para pôr em prática e manter as inovações propostas em lei. Com a chegada do PHPN, observa-se o processo de recrutamento no nível central do município...

*Tive a preocupação primeira de chamar o Programa da Mulher. Seria quem estaria fazendo, utilizando os dados (...) Que estaria sendo produzido por esse programa. E uma pessoa do controle de avaliação, porque, a partir dessas fichas estariam sendo emitidos os boletins de produção pra que seja recebido o valor prometido no programa (...)* O

*controle de avaliação, mais uma vez, como em todos os programas, tentava se livrar de responsabilidades. Porque eles já se dizem sobrecarregados, porque digitam a produção do município inteiro... (GESTOR I)*

A secretaria municipal trabalha de forma bastante centralizada do ponto de vista da gestão dos recursos. A ausência de sistemas informatizados nas unidades de saúde da rede e os poucos recursos humanos capacitados e distribuídos de maneira descentralizada dificultam tanto o acompanhamento dos resultados de novos programas quanto o de rotinas já existentes e consagradas. A fatura de procedimentos realizados no SUS local não incluía, por exemplo, a cobrança de códigos de procedimentos múltiplos, reduzindo de muito o repasse das verbas do governo federal dos procedimentos de alta complexidade na rede.

No discurso abaixo notamos grande dedicação à montagem de escalas para treinamento dos profissionais de saúde da rede, mas empenho baixo nas metas relativas aos resultados desse treinamento, deixando à parte os atores diretamente ligados aos indicadores de resultados das propostas do programa.

*Então, esse grupo de trabalho que funciona só pra essa capacitação, ele que faz a seleção, comunica em ofício para o diretor da unidade (...) Um organograma, assim, dos dias. Fica até um organograma muito bem feito, de segunda a sexta. Quem dissesse que trabalhasse de segunda a quinta teria sexta pra ir, pra não ter desculpa de não fazer o curso. A dificuldade é realmente tirar o médico do trabalho. Ele quer fazer o curso durante o trabalho, o horário de trabalho daquela rede. Ele não quer sair do consultório, não quer sair de outro trabalho ou plantão pra fazer o curso. Então, ele acaba não fazendo. (GESTOR II)*

Existe o movimento de fazer cumprir o cronograma desenhado por burocratas insulados no nível central local, mas todos os responsáveis pelo processo permanecem aguardando as ações de terceiros ou a atitude do servidor público, sujeito importante da política proposta e absolutamente

desinformado de sua missão no processo e da necessidade real de sua participação como instrumento norteador primordial do PHPN.

Para o século XXI, a administração pública – como é proposta em documentos e normatizações da esfera federal – prevê um governo com estrutura única de gestão na ponta, fazendo a interface do cidadão com os governos – descentralização máxima –, implementando a transparência e a responsabilidade fiscais local, além da contratação de mão-de-obra capacitada e da profissionalização dos servidores públicos, os quais teriam controle absoluto de sua avaliação de desempenho, sem tutela direta, através de sua capacitação, conscientização e trabalho em prol de resultados das metas propostas em uma gestão de resultados (TCE-RJ, 2004).

O desconhecimento da dimensão dos objetivos claros e consistentes no estudo não se refere apenas à implementação do programa proposto, mas também ao universo normativo que rege a administração pública local, a informação aos profissionais de saúde entrevistados na rede local é fragmentada, sem objetividade ou responsabilização dos mesmos. Os servidores, mesmo os gestores, expressaram dificuldade para obter informações sobre o próprio estatuto municipal e, em consequência disto, encontram-se obstruídos em seus direitos e deveres.

## **CAPÍTULO VI. O MANEJO DO PROBLEMA NA IMPLEMENTAÇÃO DO PHPN EM DUQUE DE CAXIAS**

Damos seguimento neste capítulo à análise que toma como base a segunda categoria do modelo de Sabatier e Mazmanian: o Manejo do Problema.

Esta categoria diz respeito às questões locais e/ou conjunturais que modelam o processo de implementação das propostas do PHPN.

Serão estudadas as seguintes dimensões: 1) Dificuldades/Facilidades técnicas; 2) Extensão das mudanças comportamentais requeridas dos profissionais de saúde

Contemplam-se questões como, por exemplo: recursos para a ação e manutenção, em longo prazo, das ações ao nível da esfera pública municipal; formulação de indicadores de saúde locais; conhecimento sobre o programa estudado, bem como questões relacionadas aos recursos humanos empregados no processo, aquelas que causam impacto direto nos indicadores de saúde a serem desenvolvidos e/ou estão expressos na proposta da lei.

### **6.1.1 Dificuldades/Facilidades Técnicas**

As dificuldades de aplicar o que é proposto pelo programa às condições do município pode ser exemplificada no discurso dos gestores responsáveis diretamente pelo primeiro movimento da implementação.

*Pois é, as dificuldades técnicas, por incrível que pareça, não foram tão técnicas, foram administrativas, né (...) Desde a concepção de um formulário de uma forma (...) Numerada, que já saísse com a numeração da paciente, né, até a aquisição de um micro computador, de um digitador (...) Quer dizer, coisas banais (...) Deixaram a desejar no sentido de que a*

*gente teve que esperar muito tempo (...) O formulário, eu me lembro que mais de um ano ficou-se cobrando a impressão da série de formulários necessários pra implementação. Quando nós fomos receber o formulário, ele já tava mudando (...) Aconteceu em Caxias (...) É, sempre foi muito lento (...) Mas nem com recurso nem mostrando por A + B que, se a gente apresentasse cadastro, o município estaria ganhando dinheiro, nem assim a gente conseguiu, é..., fazer com que a coisa acontecesse com mais agilidade. (GESTOR I)*

Uma das propostas inovadoras desse programa diz respeito à recepção de recursos do governo federal para sua implementação. O discurso acima demonstra pouca sensibilização para o tema da atenção à saúde da mulher bem como a incapacidade operacional da máquina administrativa local, mesmo com o incentivo permanente dos recursos, dependentes apenas do reordenamento de estruturas simples, que disponibilizassem o material gráfico, o treinamento de recursos humanos de nível técnico e a melhoria da estrutura informatizada local.

Uma das dificuldades técnicas para a implementação do PHPN, tem relação com a necessidade de informatização da rede assistencial em todos os níveis de atenção à saúde e, em grande parte, das unidades de atendimento existentes em qualquer região da rede do SUS. Isto produziria a desejada integralidade da atenção através da informação qualitativa de cada usuária cadastrada.

Os processos ligados à captura dos dados na rede local já seguiam um fluxo anterior ao programa, só que estruturado de forma mais simplificada. Com o PHPN surgem dificuldades de articulação entre a gerência municipal e o Estado.

*(...) Existia um formulário que na época (...) Tinha implementado no Estado e a gente seguia uma vez que tinha que consolidar pra tá encaminhando pro Estado... é..., que tinha todos os dados basicamente do cartão da gestante, né. E ali, cada unidade mandava, é..., de uma forma até meio, é..., assim, bem, bem, como é que eu te falo, rudimentar, bem rudimentar,*

*assim, sem tá citando nome, idade e tal (...) Então era aquela coisa bem, bem, né, bruta, é. Você não tinha como refinar (...) A meu ver não era a forma ideal como a gente poderia tá conseguindo com o programa de humanização do pré-natal... o Sisprenatal, se o formulário demorou um ano, o Sisprenatal demorou uns dois anos (risos)! (GESTOR I)*

Os indicadores dos programas, por sua vez, existem e são consolidados periodicamente , segundo um gestor:

*Existem indicadores sim. É..., a partir do controle-avaliação da estatística de cada unidade de saúde, né, que a gente vê o total, faz a consolidação semestral e anual e bate com os dados do SINAN, do SINASC, e dos índices de mortalidade, tanto infantil quanto da mortalidade materna. (GESTOR II)*

As normas do PHPN e seus indicadores são bem conhecidos pelos gestores que atuam em nível central local e são responsáveis pelo processo de sensibilização dos políticos e do Secretário Municipal de Saúde, pelo movimento de reestruturação dos meios e recursos locais para a introdução das novas propostas nas Unidades de Saúde locais bem como pela tentativa de recapturar os dados das gestantes e/ou puérperas a serem registrados na interface digital do programa, o SISPRENATAL.

*Bem, esse programa começou em 2000 e, aos poucos (...) A gente tá tentando implementar as ações, porque, ano pra ano, eles fizeram algumas ações complementares; a gente até chama de “braços do programa”, que, inclusive, o “SISPRENATAL” foi instalado agora, né, ano passado, né. E não estão em todas as unidades, mas já conectaram... (GESTOR II)*

A rede municipal trabalha de forma extremamente rudimentar do ponto de vista informacional. As unidades de saúde que possuem computador, dispõem, em geral, de apenas um aparelho, que já está antiquado e serve tão somente para realizar alguns cálculos de procedimentos e para enviá-los ao nível central municipal. Os registros das consultas são realizados em cadernos comuns, sem páginas numeradas, por funcionários terceirizados, que, muitas

vezes, mal sabem escrever e desconhecem qualquer tipo de normatização de registros.

Sem o preparo das unidades de saúde para adaptar-se ao trabalho informatizado e sem acesso local a redes de Intranet, conectadas diretamente a um servidor na SMS-DC ou à Internet, com os terminais alimentando diretamente o servidor estadual ou federal, os microdados necessários são perdidos diversas vezes, não contribuindo muito para que se alcance o objetivo de transparência das informações. Da mesma forma, torna-se difícil a ratificação de informações duvidosas ou que necessitem de consultas periódicas aos dados dos prontuários das usuárias para retroalimentação do programa de dados do PHPN, o SISPRENATAL.

*(...) se você lê o programa, o SISPRENATAL nada mais é do que um relatório final, é o controle do atendimento das gestantes, é o controle dessas consultas, dos exames laboratoriais, de todos os objetivos do programa mesmo. Então, ele resume na parte do pré-natal (...) O serviço, a caminhar no básico de atendimento daquela gestante. Nos exames básicos, número de consultas, a capacitação do profissional, relatório final de qual unidade que tá andando, se tá continuando a fazer o programa, né, porque, às vezes, a gente começa a fazer uma coisa; depois, você, com o tempo, vai... Não tá caminhando, aquela ação parou, fez até certo mês, depois parou, né. (GESTOR II)*

Na ausência da rede local e, até, de informatização mínima, como no caso da inexistência de microcomputadores, os gestores responsáveis pelos serviços na ponta, buscam formas alternativas de captar os dados e de inseri-los no sistema de informações do PHPN. Essa tarefa é feita de maneira rudimentar e muito mais trabalhosa e menos produtiva ou precisa, conforme podemos observar a seguir.

*Esse relatório anual tá sendo feito assim, pra que o próprio programa tenha uma base (...) Chega na unidade de saúde, nós caminhamos de acordo com o Ministério da Saúde, né, pelas normas do Ministério da Saúde, não foi feita uma coisa nova... A não ser, assim, que Caxias segue mais ou menos, é..., o que o Ministério e o Estado normatiza, no caso, né,*

*da programação que tem que ser feita em termos de papelada, de gráfica, é..., o quê que a gente faz (...) Tudo na mão... (GESTOR II)*

O SISPRENATAL permite dados mais reais do atendimento do SUS. As fichas que não apresentarem a estruturação de dados básicos completa (universo normativo) desde o início do pré-natal ao pós-natal, serão simplesmente recusadas e o repasse de verbas federais deixará de ocorrer.

Existem séries numéricas que são distribuídas em cada município e anexadas ao Cartão da Gestante, e esta pode circular pela rede sempre com o mesmo número, de modo a não ser erroneamente contabilizada como outra usuária.

As informações deveriam ser descentralizadas por unidades de saúde, pois são elas que produzem os dados, existindo então maior facilidade para recapturar dados perdidos no próprio local de atendimento. Desse modo, as fichas pendentes seriam aproveitadas de maneira mais adequada. Esses dados, quando já corrigidos, poderiam chegar ao nível central com maior qualidade técnica para, só depois, em nível central, produzir-se o relatório final e obter, como resultado, a verba pelo cadastro de cada gestante, desde o início ao final do período de gestação ao puerpério.

### ***6.1.2 Extensão das mudanças comportamentais requeridas dos profissionais de saúde***

Esta segunda dimensão do modelo de análise está vinculada à incorporação, por parte dos estatutários, das propostas expressas no PHPN. Trata-se do treinamento e de adaptações profissionais requeridas para a efetivação das metas almejadas e do reconhecimento pelos profissionais de

saúde das necessidades da rede para a realização das propostas de implementação.

Fator de extremo conflito para o trabalho no SUS são os funcionários administrativos terceirizados e sua extrema rotatividade, dificultando o aperfeiçoamento e a implementação das normas.

*O treinamento de recursos humanos administrativos, isso aí foi praticamente impossível, porque os administrativos disponíveis eram contratados de uma firma terceirizada pela prefeitura. Quer dizer, não era nem funcionário, entendeu? Um outro problema que surgiu nessa época foi isso, você treinar uma série de pessoas que amanhã não estavam lá mais... Impossível, porque é o mesmo cara, é isso que eu te falei, é o mesmo cara que fazia a entrada do sistema é que digitava o memorando, pra pedir material, que digitava frequência... Então... Eles não entendiam, não sabiam o quê que era cartão da gestante, SISPRENATAL. Você tinha que começar do B + A = BA e tentar, assim, explicar tintim por tintim, muito difícil. Imagina no sistema desinformatizado... Impossível. (GESTOR I)*

Outro fator está relacionado à interatividade precária entre gestores e servidores implementadores da ponta, ou seja, os profissionais de saúde que devem ser capacitados para realizar a interface do programa de cunho federal com os usuários da rede do SUS local.

*Houve uma capacitação através da UNIGRANRIO dessa parte do PHPN com a ajuda do CISBAF<sup>3</sup>, com o CISBAF organizando, e através do nosso programa de, existe um programa pra capacitação dos funcionários, (...) E ela, a coordenadora deste programa, separou e fez um organograma de treinamento desses profissionais de cada unidade pra eles entrarem na humanização, pra saber que programa é esse, como funciona né, até chegar no básico do SISPRENATAL. (GESTOR II)*

Existe a tendência de culpabilizar os estatutários locais pelas falhas de implementação em seus diferentes estágios. Daí surge a questão: como implementar o programa sem partilhar e compartilhar a informação e/ou sensibilizar os profissionais de saúde?

---

<sup>3</sup> CISBAF – Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense. Convênio do Ministério da Saúde nº 1.163/99, que tem o objetivo de integrar a região na área de saúde e contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. Convênio do Ministério da Saúde nº 1.163/99 com a CEPESC (Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva) - UERJ.

*O primeiro módulo dessas aulas foram com os diretores das unidades, com os diretores gerais e com os diretores técnicos. É..., eu não vou te dizer que todo mundo capacitou, porque, como o organograma eram dois dias seguidos, o dia inteiro, para plantonistas, médicos pré-natalistas e também os administrativos... o plantonista às vezes tem dificuldades de seguir, às vezes faltava meia tarde ou uma manhã, né. Então, muita gente nem complementou, né. Mas já tem um quantitativo bom. E eles estão agora, é..., finalizando isso pra... Até a pessoa responsável vai fazer um mapeamento pra ver quem tá faltando, quem tá faltando pra complementar essa capacitação que ainda não cobriu toda a rede. Começou desde 2000, mas, na verdade, foi implementado no ano passado, no início de 2004. (GESTOR II)*

Também foram relatadas dificuldades quanto à extensão das mudanças comportamentais requeridas no que concerne ao treinamento dos médicos.

*É... Olha só, cada médico tem a sua própria conduta de acordo com o que ele vem estudando, da escola que ele vem, do que ele cursou, da sua especialidade. Então é o seguinte, é (...) Ele tem que ver que o programa, ação pública, segue a norma do Ministério da Saúde e a norma do Estado. Então em termos de atendimento, de conduta clínica, ele tem que se adaptar ao serviço público que ele está adaptado. E é óbvio que a gente tem que respeitar o profissional. Ele tá ali, ele sabe porque ele tá ali, ele passou num concurso, ele tá apto a fazer aquele serviço. (GESTOR II)*

Segundo o gestor, não há grande preocupação em sensibilizar os profissionais estatutários da ponta para sua ação no PHPN nem para sua importância na implementação das propostas de humanização...

*É a atitude dos profissionais selecionados para treinamento, diante das propostas do programa, isso é interessante, porque a maioria já tinha certa quantidade de tempo de formado (...) E eu acho que o médico, o professor, o engenheiro, não sei, quem seja, tem que tá sempre atualizado, né. E nas condutas, vamos dizer assim, em termos de obstetrícia, tem coisa que mudou, muda a cada dois anos você vai lá já não é mais aquilo, já é outra coisa. (GESTOR II)*

O discurso a seguir não está de acordo com as questões expressas pelos servidores da ponta entrevistados, uma vez que estes se referem à cobrança de produtividade sem a preocupação com o tempo de atendimento ou a atenção aos problemas dos usuários, pois a qualidade da atenção não é objetivada e a redução da produtividade no atendimento é vista pelos gestores

como oportunidade para que o profissional termine seu atendimento mais cedo, não cumprindo a carga horária para a qual foi contratado.

*A gente ainda bate de frente com, assim, o modo de atendimento, a pressa no atendimento e, o que é mais interessante, que eu achei que mudou muito nesse tempo pra cá, é não o quantitativo de consulta, é o objetivo da qualidade do pré-natal (...) Então tem que ver a qualidade da consulta. Não é a quantidade. (GESTOR II)*

Não observamos em nossa prática diária a priorização do atendimento de qualidade na rede local e sim a cobrança do atendimento a sessenta usuárias por vinte horas semanais. Este quantitativo é cobrado apenas dos profissionais médicos que atuam em programas de saúde nas unidades e não de outros profissionais de saúde de outras áreas, como, por exemplo, dos profissionais de enfermagem que realizam consultas de pré-natal na rede.

Assim, a pressa no atendimento realmente existe e vários são os casos extra-agenda absorvidos pelo médico durante sua jornada de vinte horas semanais. É preciso levar em conta que a recusa do profissional em atender novos pacientes gera vários conflitos com os gestores e leva o profissional à exaustão, ficando vulnerável a erros de conduta e a críticas e agressões dos usuários que aguardam horas para ficar alguns minutos em consulta.

Os profissionais de saúde reclamam da falta de providências dos gestores das unidades e do secretário de saúde municipal. Esses servidores trabalham com rotinas próprias, sem os recursos tecnológicos mínimos indispensáveis à boa prática de saúde e exercem influência direta sobre qualquer tentativa de mudança em seu local de trabalho e em seus hábitos.

*O que os profissionais reagiram mais, foi assim, nós vamos ter base pra conseguir isso? A gente vai ter material, a gente vai ter tudo na mão pra conseguir? Mas você sabe, a gente tem que seguir, tem que ter material, tem que ter ultra-sonografia, tem que ter referência e contra-referência, a dificuldade dos leitos obstétricos, né. Que a gente tá fazendo, tipo assim, uma, um fluxo de uma rede que possa junto com o estado, o Ministério e*

*os municípios vizinhos, conseguirem com que essa mulher não fique igual pipoca pra lá e pra cá. O objetivo é do PHPN é, no final das contas, é diminuir a mortalidade materna e infantil. (GESTOR II)*

A mortalidade materna tem sido minimizada ao longo dos anos por diversos fatores e não mais relacionada apenas à atuação de profissionais médicos. Por sua vez, a mortalidade neonatal estabilizou suas taxas em patamares técnicos que dependem diretamente da ação de pediatras altamente capacitados presentes no momento do parto e da ação direta de terapia intensiva armada de alto custo (LEAL & VIACAVA, 2002).

É de notar que os profissionais de saúde de Caxias queixam-se a todo instante dos baixos salários e das péssimas condições no trabalho, fatores que dificultam a implementação de quaisquer ações, ao passo que os médicos, implementadores locais enfrentam dificuldades no sentido de sensibilizar os gestores públicos locais e os departamentos diretamente ligados à necessidade de obter investimentos locais na rede de saúde. Esses profissionais também têm dificuldade para congregiar cenários de trabalho de diferentes esferas de poder – no caso, integrar atendimentos entre unidades de saúde municipais e estaduais, visando à criação de redes de referência e de contra-referência, para ordenar os procedimentos de maior ou menor complexidade em saúde na rede local.

## CONCLUSÕES

Neste estudo foi usado o modelo de análise de Mazmanian & Sabatier (1989) para a observação das mudanças relacionadas à implementação do PHPN no município de Duque de Caxias segundo a perspectiva dos gestores e profissionais de saúde.

O objetivo foi o de analisar o papel e o comprometimento de gestores e de profissionais de saúde na implementação do Programa. Para tanto, foram examinadas as concepções dos profissionais de saúde que estão envolvidos na prática de 'humanização', identificando-se os limites que eles percebem para o exercício dessas práticas, além do que analisamos o comprometimento e a capacidade de liderança de gestores e profissionais de saúde da rede local.

A implementação foi descrita de acordo com a perspectiva dos funcionários, pelo que diz respeito à maneira pela qual respondem à tentativa de alteração de seu ambiente, o que está implicado na nova política. Este foi o objeto de nossa análise.

O estudo considerou que as variáveis que mais afetam os resultados de um programa são o comprometimento e a capacidade de liderança dos funcionários envolvidos. Tais elementos foram localizados nas escalas de prioridade dos funcionários envolvidos. O comprometimento existiria em função de leis, normas profissionais, valores pessoais e apoio de grupos de interesse e de autoridades. Por sua vez, a capacidade de liderança desses funcionários dependeria de características como a persuasão, a mobilização e, também, a

liderança gerencial assim como a capacidade de motivação interna e o controle.

Vimos que a gestão local nem sempre compreende ou tem condições de abordar a implementação como um processo que depende da presença do pré-natalista. Por conseguinte, deixa de lado a informação aos atores principais do programa.

Desse modo, são muitos os desafios a serem trabalhados, como, por exemplo, a descentralização total das unidades de assistência à saúde em todos os níveis de complexidade. Esse movimento parece provocar extremo temor nos gestores responsáveis pela rede local, uma vez que exige tanto a ruptura de relações tradicionais como o desenvolvimento de práticas de controle dos resultados. Contudo, tais feitos poderiam aumentar a capacidade de *accountability* dos gestores mediante o melhor direcionamento e controle dos recursos empregados e maior direcionamento da máquina administrativa para ações focais de intervenção.

Ressaltamos que a participação no *policyprocess* é essencial para que o servidor público tenha o sentimento de fazer parte de algo e de estar integrado ao todo, passando a entender o que ocorre ao seu redor e se responsabilizando pelo SUS. Tal integração depende diretamente do nível de informação distribuído na rede e poderia ser gerenciada através de informes direcionados periodicamente pelo governo federal, homogeneizando, desse modo, a informação e as inovações propostas pelo MS de maneira verticalizada. Isto poderia contribuir para democratizar saberes e otimizar as ações locais de multiplicadores de informação, afora as inovações práticas e

cotidianas, que, muitas vezes, demoram bastante tempo para serem apresentadas aos atores da ponta da rede.

A meritocracia que deve reger o serviço público se revela ainda através do tipo de ingresso e de ascensão desenhados para estruturá-lo, mas a ideologia desse grupo reúne outros valores construídos culturalmente e na cultura administrativa, pelo que o mérito nem sempre é utilizado como único critério de ascensão profissional.

Concluimos que o desconhecimento da dimensão que concerne aos objetivos claros e consistentes, não se refere apenas à implementação do programa proposto, mas também ao universo normativo que rege a administração pública local, uma vez que a informação aos profissionais de saúde da rede local é fragmentada, sem objetividade ou responsabilização dos mesmos. Constatamos também que os servidores, mesmo os gestores, expressaram dificuldade para obter informações acerca do próprio estatuto municipal; em consequência disto, encontram-se obstruídos em seus direitos e deveres.

Esse desconhecimento pode tornar-se um instrumento de manobra do poder local e, muitas vezes, da própria burocracia local no que diz respeito a sua capacidade de confrontar possíveis técnicos mais capacitados e sensibilizados pela necessidade de universalização do SUS. Por sua vez, estes poderiam estar mais preparados e 'protegidos' das interferências políticas locais, ao agirem com conhecimento de causa e discrição no sentido de estimular os gestores e políticos, de maneira mais casual, a perseguirem as metas desejadas e idealizadas para a rede pública de saúde.

De todo modo, o confronto entre os técnicos, os gestores e os políticos locais paralisa a máquina pública e cria um meio de cultura propício a enfrentamentos, os quais prejudicam o usuário.

A dimensão relacionada à integração hierárquica entre as instituições implementadoras está intimamente ligada ao item anterior de discussão. O SUS é visto como palco de disputas burocráticas e de difícil articulação. A não sensibilização dos gestores pelos profissionais técnicos e pelos departamentos administrativos dificulta a obtenção de recursos e investimentos locais, pois os atores não interagem entre si em prol de objetivos benéficos aos usuários.

As dificuldades de comunicação e de convivência entre esses atores impedem a coordenação de ações comuns e a execução das normas promulgadas constitucionalmente. Os profissionais de saúde que realizam o atendimento de pré-natal na rede desconhecem, por vezes, as rotinas adotadas ou desejadas pela SMS-DC e não recebem direcionamento oficial para referenciar as gestantes com problemas. Desse modo, as agências locais possuem sistemas heterogêneos de execução de ações em saúde, o que dificulta qualquer tentativa de integrar diferentes cenários de trabalho não só localmente, como entre as diversas esferas de poder.

Esta ação comum seria essencial no município para, por exemplo, integrar as ações de saúde entre as esferas estadual e municipal, permitindo a criação de uma rede de referência e contra-referência resistente à rotatividade partidária e independente de conjunturas políticas, visando ao bem-estar dos que dependem da rede pública de saúde e que estão completamente excluídos deste tipo de discussão, inclusive, no que diz respeito à capacidade cultural de compreensão de todo este universo.

A rede de saúde do município apresenta-se sobrecarregada pela atual demanda de atendimento em todos os níveis de complexidade de atenção à saúde. Por sua vez, os médicos referem o pouco tempo dedicado a cada consulta como fator limitante da qualidade da informação e da atenção prestada ao usuário além da grande desorganização dos serviços.

Na dimensão do recrutamento de implementadores, os profissionais de saúde e os gestores, observamos os limites dos recursos humanos recrutados como implementadores tanto com relação a sua capacitação quanto à quantidade necessária para pôr em prática e manter as inovações propostas em lei.

Na dimensão relativa às dificuldades/facilidades técnicas vimos que Caxias ainda possui estrutura pouco desenvolvida no que concerne à qualidade dos dados obtidos. A secretaria municipal trabalha de forma centralizada do ponto de vista da gestão dos recursos. A ausência de sistemas informatizados nas unidades de saúde da rede e os poucos recursos humanos capacitados e distribuídos de maneira descentralizada dificultam tanto o acompanhamento dos resultados de novos programas quanto o de rotinas já existentes.

A informatização deve acompanhar a passos largos o caminho da municipalização, razão pela qual os programas nesse sentido necessitam ser formulados e/ou implementados com a mesma velocidade que a globalização vem ocorrendo. Sem este movimento, seremos incapazes de gerar dados realistas de nossa condição de saúde.

Um dos recursos de maior importância para a alimentação do sistema de informatização diz respeito aos recursos humanos. Tenta-se pôr em prática as

normas, sem que exista uma rede de assistência preparada de maneira adequada para as inovações administrativas.

A dimensão que se refere à extensão das mudanças comportamentais requeridas dos profissionais de saúde, está vinculada à incorporação das propostas expressas no PHPN por parte dos estatutários. Fator de conflito para o trabalho no SUS são os funcionários administrativos terceirizados e sua alta rotatividade, dificultando o aperfeiçoamento e a implementação das normas. Existe ainda a tendência de culpabilizar estatutários locais pelas falhas de implementação em suas diferentes etapas. Observamos, na rede local, a priorização da cobrança do quantitativo de atendimentos aos usuários, relegando-se a qualidade das consultas para o segundo plano. Os servidores locais trabalham com rotinas próprias e sem recursos tecnológicos mínimos à boa prática de saúde, exercendo influência direta sobre qualquer tentativa de mudança em seu local de trabalho e em seus hábitos.

É necessário que a melhoria da atenção prestada esteja associada ao aumento da qualidade da atenção e não ao incremento da cobertura por um crescimento indiscriminado do número de consultas realizadas pelo mesmo contingente de profissionais.

Humanização diz respeito à Qualidade da Atenção, ao passo que esta depende, em parte, da contratação de mais recursos humanos das mais diversas profissões de saúde, que estejam sempre capacitadas às funções em que há demanda excedente de usuários.

O SUS é um modelo público que deve legitimar novas ações em benefício da população, ou seja, necessita priorizar a qualidade da atenção à luz do conhecimento científico comprovado.

A mortalidade materna e neonatal pode ser modelada de maneira positiva, caso seja possível alcançar as inovações propostas por políticas, como a desenhada pelo PHPN. Para tanto é de suma importância adaptar os meios ao maior monitoramento da implementação dessas propostas, objetivando controle dos indicadores de resultados e realizando uma busca ativa nos municípios onde ainda se encontram ausentes, para estudo, os dados do Sisprenatal previstos na proposta e na ideologia do PHPN.

Contudo, o PHPN ainda não realizou transformações importantes nas redes do SUS, provavelmente, pela necessidade de incorporar mudanças essenciais a suas rotinas. Desse modo, o atendimento de qualidade ainda é precário, em razão tanto da expressiva demanda dos usuários quanto pela pouca uniformidade na distribuição da capacidade instalada pelo país. Em decorrência, o acesso da gestante à maternidade de referência não ocorre de forma eficaz e os profissionais de saúde não se encontram envolvidos no processo de implementação da política. De maneira resumida tem-se que, muitas vezes, os recursos humanos da rede são despreparados e a educação continuada não ocorre de maneira efetiva.

A mortalidade materna reflete a qualidade dos serviços de saúde, em geral, e a dos obstetras, em especial, e é usada como indicador do grau de desenvolvimento do país e da situação social da mulher.

A atenção básica à saúde faz parte do conjunto de ações do cuidar que necessita realmente ser ampliado, visando desafogar anos de ausência do Estado nesta área, mas muitos são os serviços de média e alta complexidade desativados por diversos interesses – especificamente, no Estado do Rio de

Janeiro –, que devem ser recompostos e, até, oferecidos para parcerias produtivas com o setor privado, por exemplo.

Preconizamos que mais estudos sejam realizados no sentido de avaliar a necessidade de construir novas instalações de saúde. A prioridade, no momento, deveria ser a de integrar a rede e utilizar, de maneira suplementar e muito bem fiscalizada, a terceirização dos serviços de alto custo, além, é claro, de responsabilizar aqueles atores diretamente relacionados aos sucessos e/ou fracassos comprovadamente constrangedores dos objetivos universalistas e eqüitativos do SUS.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, P.C., 1994. *Planejamento e Participação Popular em Saúde: O caso de Duque de Caxias*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz.

ARCHER, M., 1988. *Culture and Agency*. Cambridge: Cambridge University Press.

ARRETCHE, M.T.S., 2001. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: *Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais*. São Paulo: IEE/PUC.

ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL – 1991-2000. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD/ONU). Disponível em: <http://www.edudatabrasil.inep.gov.br/>. Acessado em: dezembro/2003.

ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL - 2000. PNUD. Disponível em <http://www.pnud.org.br/atlas/>. Acessado em: dezembro/ 2003.

BASTOS, L.H.P., 1999. *Investigação da contaminação do solo por Organoclorados, na Cidade dos Meninos, em Duque de Caxias, Rio de Janeiro*. Avaliação dentro de um Novo Cenário, Após Adição de Cal. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

BRASIL, 1996. *Lei n. 9.263*, janeiro de 1993. Dispõe sobre planejamento familiar. Diário Oficial, Brasília, n. 10, p. 561, 15 jan. Aprovação com vetos em 1996.

MS (Ministério da Saúde), 1995. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência de Promoção à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. *Oito Passos para a Maternidade Segura: guia básico para serviços de saúde*. Brasília: MS; Febrasco.

BRASIL, 1998a. *Portaria nº2816*, de 29 de maio de 1998. Estabelece critérios para o pagamento do percentual máximo de cesárea, em relação ao total de partos por hospital. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 de junho de 1998, seção 1, p. 48. C.

BRASIL, 1998b. *Portaria nº2817*, de 29 de maio de 1998. Estabelece critérios para o pagamento do percentual máximo de cesárea, em relação ao total de partos por hospital. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 de junho de 1998, seção 1, p. 50. C.

BRASIL, 2000. *Portaria nº569*, de 01 de junho de 2000. Estabelece o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 de junho de 2000, D.

BRASIL, 2001. *Portaria nº881*, de 19 de junho de 2001. Estabelece , no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 de junho de 2001, E.

BRUYNE, P., HERMAN, J., SCHOUTHEETE, M., 1991. *Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais*. 5.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

BSRM (Boletim Saúde Reprodutiva na Mídia), 2000. *Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos*. Junho.

CARVALHO, José Murilo, 2003. *Cidadania no Brasil: O longo caminho*. 4.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

COSTA, A.M., 1992. O PAISM: Uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada. São Paulo: CCR, CEBRAP.

COSTA, N. do R., SILVA, P.L.B. & RIBEIRO, J.M., 1999. A Descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, 50 (3): 33-56.

DENZIN, K.N., LINCOLN, S.Y., 1994. *Introduction: Entering the Field of Qualitative Research*. Handbook of Qualitative Research. London: Sage Publication.

DESLANDES, S.F., 2004. *Análise do Discurso Oficial sobre a Humanização da Assistência Hospitalar*. ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva). Tema: Ética e Humanização, v. 9, n. 1. ISSN 1413-8123.

DRAIBE, S.M., 2001. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas, In: *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC.

FEBRASGO (Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia), 2004. *Assistência Pré-Natal*. Manual de Orientação.

GALVÃO, L; DÍAZ, J., 1999. *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios*. São Paulo: Hucitec; Population Council.

HOGWOOD, B.W. & GUNN, L.A., 1984. *Policy Analysis for the Real World*. Oxford, New York. Oxford University Press.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *Censos Demográficos e Contagem Populacional, MS/SE/Datasus*. Disponível em <http://www.ministeriodasaude.gov.br>. Acessado em: dezembro/2003, Dados de 2003.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *Perfil dos Municípios Brasileiros - Gestão Pública 2001*. Disponível em

<http://www.ministeriodasaude.gov.br>. Acessado em: março/2005. Dados sobre o Perfil Municipal de Duque de Caxias, 2004.

Indicadores Municipais de Saúde. Disponível em Portal da Saúde: [url-www.Saude.gov.br](http://www.Saude.gov.br). Acessado em: março/2005.

LEAL, M.C. e VIACAVA, F., 2002. Um Estudo sobre as Maternidades do Brasil. Especial Dados – um panorama da assistência ao parto. *Revista RADIS, comunicação em saúde*. FIOCRUZ, set.

MAZMANIAN, D. & SABATIER, P., 1989. *Implementation and Public Policy*. “A framework for Implementation Analysis”. 1.ed. Lanham; New York; London: University of America Press, Inc. (Versão: M.E. Labra)

MÉDICI, A.C., 1999. Uma década de SUS (1988-1998): progresso e desafios. In: GALVÃO, L. e DIAZ, J. (orgs.). *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios*. São Paulo: HUCITEC.

MINAYO, M.C., 1996. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 4ed. São Paulo – RJ: Hucitec-Abrasco.

MINAYO, M.C., 2004. Tema: *Ética e Humanização*. Editorial Abrasco - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, v.9, n.1. ISSN 1413-8123

MS (Ministério da Saúde). *COSAM /SAS. Coletânea de documentos do PAISM*. Brasília, 1985-1997.

MS (Ministério da Saúde), 2000. *Manual Técnico de Assistência ao Pré-Natal*.

MS/IBGE (Ministério da Saúde/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censos Demográficos e Contagem Populacional, MS/SE/Datusus. Disponível em <http://www.ministeriodasaude.gov.br>. Acessado em: dezembro/2003. Dados de 2003.

NUNES, E.O., 1997. *A Gramática Política Brasileira*. Rio de Janeiro, JZE.

OLIVEIRA, M.C., ROCHA, M.I.B., 2001. *Saúde Reprodutiva na esfera pública e política na América Latina*. Campinas, SP: Editora da UNICAMP/Nepo.

ONU (Organización de las Naciones Unidas), 1994. *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. Cairo.

ONU (Organización de las Naciones Unidas), 1993. *Viena Declaration and programme of Actino adopted by the Wolrd Conference on Human Rights*. Viena, Nova York.

PNUD/ONU (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), 2000. ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Disponível em <http://www.pnud.org.br>. Acessado em: fevereiro/2005. Dados sobre o Perfil Municipal de Duque de Caxias.

POST, M., 1997. Preventing maternal mortality through emergency obstetric care. Washington: USAID.

PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS. Disponível em <http://www.duquedecaxias.rj.gov.br>. Acessado em: dezembro/2003.

RIBEIRO, J.M. , COSTA, N.R. , PINTO, L.F.S. & SILVA, P.L.B., 2004. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2): 534-545. mar.-abr.

ROSA, M.L.G., 1990. *Assistência e Prática Médica em Duque de Caxias – 1980-1987*. Dissertação de Mestrado, ENSP/FIOCRUZ.

SANTOS, W.G., 1993. *As Razões da Desordem*. Rio de Janeiro: Rocco.

SANTOS, W.G., 1979. *Cidadania e Justiça*. Rio de Janeiro: Campus.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DUQUE DE CAXIAS. Coordenadoria de Saúde Coletiva, Programa de Assistência ao pré-natal. Dados de Novembro de 2003.

SIAB/SUS (Sistema de Informação de Atenção Básica/Sistema Único de Saúde). Página do DATASUS. Disponível em <http://www.ministeriodasaude.gov.br>. Acessado em: março/2005.

SIH/SUS (Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde). Página do DATASUS. Disponível em <http://www.ministeriodasaude.gov.br>. Acessado em: dezembro/2003, dados dezembro 2002.

SILVEIRA D.S. e SANTOS I. S., 2004. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. ABRASCO- Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Tema: Ética e Humanização, v. 9, n. 1. ISSN 1413-8123

SIOPS/ Indicadores Municipais de Saúde. Disponível em: Portal da Saúde - [url-www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acessado em: março/2005.

SMS-DC (Núcleo de Estatística e Coordenadoria de Planejamento). Atualização em setembro de 2001, Gabinete do Secretário.

TCE-RJ (Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro), 2004. *Estudo Socioeconômico do Município de Duque de Caxias*. Secretaria Estadual de Gestão.

TZU, S., 2004. *A Arte da Guerra*. Adaptação de James Clavell. 33.ed. Rio de Janeiro: Ed. Record.

VAITSMAN, J., 2001. Gerencialismo, Cultura e Expectativas entre Servidores Públicos de Saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, jan/fev.

VIANA, A.L., 1996. Abordagens metodológicas em políticas públicas. *Revista de Administração Pública*.

VILLAR, J. e KHAN- NEELOFUR, D., 1998. Modelos de atención prenatal corriente para el embarazo de bajo riesgo (translated Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4*. Oxford: Update Software, 1998. Disponível em: [www.update-software.com/abstracts/es/es000934.htm](http://www.update-software.com/abstracts/es/es000934.htm).

VOLOCHKO, A., 1992. *Mortalidade de mulheres: mortalidade materna; SUDS-4, 1988*. Dissertação de mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

WAGNER, M., 1994. *Pursuing the Birth Machine*. The search for appropriate birth technology. Australia: ACE Graphics.

WORLD BANK, 1998. *Brazil Public Spending on Social Programs: Issues and Options*. Washington.

## **ANEXOS**

## **Anexo 1. Roteiro de Perguntas dos Médicos Pré-natalistas**

### **Roteiro de Perguntas – Modelo 1**

#### 1. Objetivos claros e consistentes

1. Vc possui conhecimento sobre as rotinas de pré-natal no município? Ao ser chamado para trabalhar na rede municipal recebeu treinamento sobre as rotinas de saúde adotadas?
2. Vc possui conhecimento sobre o PHPN? Sobre as metas do programas? Os outros profissionais conhecem?
3. Vc possui conhecimento sobre o estatuto do servidor no município de DC?

#### 2. Integração hierárquica dentro e entre as instituições implementadoras

1. Vc recebeu orientação de, para onde encaminhar sua paciente de pré-natal no momento do parto? Recebeu orientação sobre local de referencia para encaminhamento de pacientes com gestação de risco detectadas no pré-natal? O apoio de referencia e contra referencia existe na rede local?

## **Anexo 2. Consentimento Esclarecido aos Gestores**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Gestores Locais**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “A Implementação do Programa de Humanização no Pré – Natal no Município de Duque de Caxias”. Você foi selecionado e, sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e, retirar seu consentimento. Sua recusa, não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O principal objetivo deste estudo é a análise do processo de implementação do Programa de Humanização no Pré – Natal no Município de Duque de Caxias.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em fornecer informações relevantes mediante entrevista.

Sua participação poderá ser identificada, apesar de que não haverá em qualquer instante indícios para tal situação neste estudo. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais, os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, uma vez que o entrevistado não será identificado no estudo.

Os benefícios relacionados com a sua participação são a possibilidade de ampliar o conhecimento sobre iniciativas públicas de combate a mortalidade materna e neonatal no Estado do Rio de Janeiro.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

**RENATA BESSA DE ANDRADE  
MESTRANDA ENSP/FIOCRUZ**

**ENSP/FIOCRUZ**  
**Departamento de Políticas Públicas e Saúde**  
**Rua Leopoldo Bulhões, 1480/ sala 912**  
**Manguinhos-Rio de Janeiro**  
**Tel: (21) 25982651/ 25982525**

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

**SUJEITO DA PESQUISA**

### **Anexo 3. Consentimento Esclarecido aos Médicos Pré-natalistas**

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “A Implementação do Programa de Humanização no Pré – Natal no Município de Duque de Caxias”. Você foi selecionado e, sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e, retirar seu consentimento. Sua recusa, não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O principal objetivo deste estudo é a análise do processo de implementação do Programa de Humanização no Pré – Natal no Município de Duque de Caxias.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em fornecer informações relevantes mediante entrevista.

Os riscos relacionados com sua participação são nulos.

Os benefícios relacionados com a sua participação são a possibilidade de ampliar o conhecimento sobre iniciativas públicas de combate a mortalidade materna e neonatal no Estado do Rio de Janeiro.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, uma vez que o entrevistado não será identificado no estudo.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

**RENATA BESSA DE ANDRADE  
MESTRANDA ENSP/FIOCRUZ**

**ENSP/FIOCRUZ**  
**Departamento de Políticas Públicas e Saúde**  
**Rua Leopoldo Bulhões, 1480/ sala 912**  
**Manguinhos-Rio de Janeiro**  
**Tel: (21) 25982651/ 25982525**

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

**SUJEITO DA PESQUISA**

## **Anexo 4. Roteiro de Perguntas do Gestor I**

### **Roteiro de Perguntas – Modelo 2**

#### 1. Dificuldades/Facilidades técnicas

- 1- Quais as dificuldades técnicas encontradas após a adesão ao PHPN no município de DC para sua implementação?
- 2- Como funciona o cartão da gestante e a captura destes dados na rede local? Estes dados estão sendo passados para o Sis prenatal?

#### 2. Extensão das mudanças comportamentais requeridas dos profissionais de saúde

- 1- Houve treinamento de recursos humanos administrativos das UBS para trabalhar com as inovações propostas (como o cartão e registro da gestante)?

#### 3. Objetivos claros e consistentes

- 1- Vc possui conhecimento sobre o PHPN? Sobre as metas do programas? Os outros profissionais conhecem?

#### 4. Integração hierárquica dentro e entre as instituições implementadoras

- 1- Houve apoio por parte das outras coordenadorias ou departamentos na SMS-DC para implementar o PHPN?
- 2- Qual o maior problema que você vê na relação entre diferentes instâncias e níveis (dentro de uma mesma secretaria, governo, ou níveis do executivo)

#### 5. Recrutamento de implementadores oficiais, profissionais de saúde e gestores.

- 1- Como ocorreu o recrutamento de profissionais para iniciar o treinamento e implementá-lo nas UBS do município?

## **Anexo 5. Roteiro de Perguntas do Gestor II**

### **Roteiro de Perguntas – Modelo 3**

#### 1. Dificuldades/Facilidades técnicas

- 1- Existem indicadores de desempenho do programa? Como são construídos? Qual a origem dos dados?
- 2- Quais as orientações dadas pela SMS-DC as UBS com relação ao registro de gestantes no PHPN?
- 3- Houve treinamento dos gestores das UBS?

#### 2. Extensão das mudanças comportamentais requeridas dos profissionais de saúde

1. Quais as medidas tomadas para implementar as propostas do PHPN, quanto às condutas dos profissionais na rede local? Quais as orientações, de mudanças de comportamento, dadas aos profissionais que foram selecionados para treinamento e implementação do PHPN em DC?
2. Qual a atitude tomada, pelos profissionais selecionados para treinamento, diante das propostas do programa?

#### 3. Integração hierárquica dentro e entre as instituições implementadoras

1. Existe algum tipo de avaliação ou controle, das medidas propostas pelo programa, por parte do governo federal, desde a assinatura do termo de adesão?

#### 4. Recrutamento de implementadores oficiais, profissionais de saúde e gestores.

1. Como ocorreu o recrutamento de profissionais para iniciar o treinamento e implementá-lo nas UBS do município?

## Anexo 6. UF Despesas

UF: Rio de Janeiro

MUNICÍPIO: Duque de Caxias

**RELATÓRIO RESUMIDO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA**  
**DEMONSTRATIVO DA RECEITA DE IMPOSTOS E DAS DESPESAS PRÓPRIAS**  
**COM SAÚDE**  
**ORÇAMENTOS FISCAL E DA SEGURIDADE SOCIAL**  
**Exercício de 2002**

ADCT, art 77 - Anexo XVII - EC 29/2000			
R\$ Milhares			
RECEITAS	PREVISÃO ATUALIZADA (a)	RECEITAS REALIZADAS	
		Jan a Dez (b)	% (b/a)
<b>RECEITA DE IMPOSTOS (I)</b>	277.645,00	311.695,36	112,3
<b>Impostos</b>	87.957,00	100.357,66	114,1
<b>Receitas de Transferências Constitucionais e Legais</b>	189.688,00	211.337,70	111,4
<b>Da União</b>	17.611,00	19.993,60	113,5
<b>Do Estado</b>	172.077,00	191.344,10	111,2
<b>TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS (II)</b>	46.670,00	46.949,03	100,6
<b>Da União para o Município</b>	46.670,00	46.457,84	99,6
<b>Do Estado para o Município</b>	0,00	0,00	0,0
<b>Demais Municípios para o Município</b>	0,00	491,19	0,0
<b>OUTRAS RECEITAS</b>	78.991,00	76.314,20	96,6
<b>( - ) DEDUÇÃO PARA O FUNDEF</b>	47.202,45	30.702,54	65,0
<b>TOTAL DA RECEITA DE IMPOSTOS</b>	<b>356.103,55</b>	<b>404.256,05</b>	<b>113,5</b>
DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza da Despesa)	DOTAÇÃO ATUALIZADA (c)	DESPESAS LIQUIDADAS	
		Jan a Dez (d)	% (d/c)
<b>DESPESAS CORRENTES</b>	103.831,01	103.376,47	99,6
<b>Pessoal e Encargos Sociais</b>	46.321,20	46.249,72	99,9
<b>Outras Despesas Correntes</b>	57.509,81	57.126,75	99,3
<b>DESPESAS DE CAPITAL</b>	2.521,37	2.250,97	89,3
<b>Investimentos</b>	2.521,37	2.250,97	89,3
<b>Amortização da Dívida</b>	0,00	0,00	0,0
<b>TOTAL (IV)</b>	<b>106.352,38</b>	<b>105.627,43</b>	<b>99,3</b>

## Anexo 6. UF Despesas (Continuação)

DESPESAS PRÓPRIAS COM SAÚDE	DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS LIQUIDADAS	
		Jan a Dez (e)	% (e / desp. Saúde)
DESPESAS COM SAÚDE (IV)	106.352,38	105.627,43	100,0
( - ) DESPESAS COM INATIVOS E PENSIONISTAS	3.792.000,00	3.791.045,31	3,6
( - ) TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SUS (II)	46.670,00	46.949,03	44,4
<b>TOTAL DAS DESPESAS PRÓPRIAS COM SAÚDE (V)</b>	<b>55.890,38</b>	<b>54.887,36</b>	<b>52,0</b>

PARTICIPAÇÃO DAS DESPESAS PRÓPRIAS COM SAÚDE NA RECEITA DE IMPOSTOS - LIMITE CONSTITUCIONAL (V / I)					
					17,61 %
EVOLUÇÃO DO PERCENTUAL MÍNIMO DA DESPESA PRÓPRIA COM SAÚDE / RECEITA LÍQUIDA DE IMPOSTOS (*)					
Ano	2000	2001	2002	2003	2004
Aplicado	fp	17,66 %	17,61 %		
% Mínimo a Aplicar	7,00%	Impossível Calcular	Impossível Calcular	Impossível Calcular	15,00%
(*) segundo a Resolução 322/CNS de 08/05/03.					
SB – sem balanço   MN - município não existia   NI - não informado   FP - fora dos parâmetros					

## Anexo 6. UF Despesas (Continuação)

DESPESAS COM SAÚDE (Por Subfunção)	DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS LIQUIDADAS	
		Jan a Dez (f)	% (f / total f)
Atenção Básica	7.811,18	7.811,18	7,4
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	15.368,13	15.237,34	14,4
Suporte Profilático e Terapêutico	20.563,36	20.040,70	19,0
Vigilância Sanitária	153,75	153,75	0,2
Vigilância Epidemiológica	1.815,38	1.815,38	1,7
Alimentação e Nutrição	602,69	602,69	0,6
Outras Subfunções	60.037,89	59.966,40	56,8
<b>TOTAL</b>	<b>106.352,38</b>	<b>105.627,43</b>	<b>100,0</b>
( - ) Despesas com Inativos e Pensionistas	3.792.000,00	3.791.045,31	3,6
( - ) Transferência de recursos do SUS	46.670,00	46.949,03	44,4
( - ) Receitas de operações de crédito vinculadas à saúde	0,00	0,00	0,0
Despesas próprias com saúde	55.890,38	54.887,36	52,0
FONTE: MS / SIOPS			