



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Departamento de Administração e Planejamento
em Saúde
Subárea: Planejamento e Gestão de Sistemas e
Serviços de Saúde



Mergulho em Montes Claros:

Desafios da Alocação de Recursos na Rede SUS

ORIENTADORA:

Margareth Portela

CO-ORIENTADORA:

Joyce Mendes Schramm

Banca

Titulares

Margareth Portela
José Mendes Ribeiro – ENSP
Alícia Ugá – ENSP
Flávio Edler – COC
Alcindo Antônio Ferla – UCS

Suplentes

Monica Martins – ENSP
Jaime Benchimol – COC

LUISA REGINA PESSÔA

Março de 2005

P475 Pessôa, Luisa Regina

Mergulho em Montes Claros : desafios da alocação de recursos na rede SUS / Luisa Regina Pessôa. – Rio de Janeiro, 2006.
xix, 175 f. : il. ; 30 cm.

Tese (doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Planejamento e Gestão de Sistemas em Serviços de Saúde, 2005.
Bibliografia: f. 154-157.

1. Alocação de recursos. 2. Avaliação de serviços de saúde. 3. SUS (BR).
4. Gestão em saúde. 5. Arquitetura hospitalar. I. Título.

CDD: 362.1

“Por um conjunto de razões que dizem respeito à história da tradição intelectual da França, a técnica não foi apreendida como objeto conceitual nobre em nosso sistema de pensamento. Alguns se atrelam a ela com imenso talento, mas são hoje marginais em nossa ‘república das letras’, vítimas das modas intelectuais e dos a priori do momento.”

Ruth Scheps e Jacques Tarrero

***A meu pai, Seu Pessôa, um bom
marceneiro, de quem ganhei minha
primeira 'caixa de ferramentas'***

A Luiz Humberto Pereira, *in memoriam*, que me ensinou os caminhos da Saúde Pública

Ao Urbanista Almir Fernandes e à Sanitarista Paula Érica, que me introduziram nas ferramentas do Planejamento

A Ana Tereza Pereira que sempre acreditou em minha capacidade de trabalho

A meus filhos, Frederico e Pedro,
que me atualizam nas coisas do
mundo.

A minha mãe, D. Filinha, que me
legou sua persistência e capacidade
de trabalho.

A Edith Carneiro, minha tia, por me
mostrar os caminhos para a
solidariedade.

Agradecemos

- de modo muito especial, a MARGARETH PORTELA, por acreditar em minha capacidade de trabalho e pela infinita paciência com uma orientanda, por vezes, atrapalhada;
- a JOYCE SCHRAMM, pela cumplicidade e inconfidências numa certa feijoada, fundamentais para o rumo da pesquisa;
- a ADOLFO HORÁCIO CHORNY, pelas conversas e incentivo ao longo de minha trajetória acadêmica;
- a ANTÔNIO IVO DE CARVALHO, Diretor da ENSP, e JOSÉ GOMES TEMPORÃO, Diretor do INCA, por me liberarem do trabalho para escrever a tese;
- a LUIZ FELIPE PINTO, pela generosidade com que cedeu os microdados do IBGE utilizados na pesquisa, sem os quais este trabalho perderia em originalidade;
- a CECÍLIA GOMES, da SECA/ENSP, por não me deixar desistir;
- a CARLOS DIMAS, Flávia HELENA, LEONARDO BRAGA, ILDARY MACHADO, MARIA TEREZA SICILIANO, ROBERTO MOREIRA, JOSÉ ROBERTO SANTIAGO, ANA MARIA AULER, ZULMAR CHAGAS, SOLANGE PINHEIRO e JULIANA CAVALCANTI, amigos e companheiros de trabalho da UATR III / Projeto ReforSUS, pelo indispensável apoio na coleta de dados;
- a ADRIANA CASTRO, meu braço direito e esquerdo na organização dos dados;
- a PAULO DE TARSO e ALCINDO FERLA, companheiros de luta por um SUS melhor;
- a MARTA Pinheiro e BIA SALGADO, amigas de uma vida, pelo ombro amigo nos momentos de crise;
- a CLÁUDIO COELHO, por me aturar na difícil fase de redação final;
- a ANDRÉA, ANDERSON e DEISON, pela amizade, carinho e apoio;
- à EQUIPE DA UNIDADE DE INFRAESTRUTURA/CE/DIPE/SE/MS, pela presteza no fornecimento dos Laudos de Supervisão e Avaliação do Projeto ReforSUS;

- à EQUIPE DA DIVISÃO DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA - DAO/CONPREV/INCA e, em especial, a MARCO PORTO, pela paciência com uma funcionária *doublé* de doutoranda;
- à EQUIPE DA ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE – EGS/ENSP/FIOCRUZ;, pelo incentivo;
- às EQUIPES DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS visitados, pelo material disponibilizado e pelas conversas sempre esclarecedoras;
- a todos que, de uma forma ou de outra, contribuíram com algum material ou contando uma história, como CELSO GIRAFÁ, da ARQHOS, e LAURA GILVANIR, da SESA/CE;
- à TURMA DE DOUTORANDOS DE 2001, aos AMIGOS em geral e, em especial, a MONICA SALGADO, pela solidariedade;
- a ELIANA GRANJA, pelo belo trabalho de revisão e edição.

RESUMO

Com o propósito de contribuir para o aprofundamento das discussões no âmbito da alocação de recursos na saúde, efetuou-se (i) um estudo retrospectivo dos principais projetos de investimentos federais no século XX e (ii) um estudo descritivo dos investimentos do Projeto ReforSUS – executado entre 1997-2004 e abrangendo US\$ 750 milhões e 1.171 subprojetos de investimentos - com quatro recortes, envolvendo (a) os investimentos realizados no universo Brasil, (b) nas Regiões Sul e Sudeste, (c) no estado de Minas Gerais e, sobretudo, (d) na Macrorregião de Saúde do Norte de Minas/MG.

A metodologia empregada envolveu um mix de abordagens metodológicas, e, em particular, a abordagem utilizada por Cohen e Franco, relativa à avaliação de Projetos Sociais, e Donabedian, para avaliação de serviços. Com o objetivo de *mergulhar* na problemática dos investimentos em saúde no século XX estruturou-se os níveis de análise, envolvendo a construção de indicadores de estrutura, processo e resultados.

A partir dos resultados obtidos realizaram-se cinco níveis de análise: (a) distribuição temporal e territorial dos investimentos federais no Brasil durante o século XX; (b) a distribuição dos investimentos do Projeto Reforsus no país; (c) a distribuição dos investimentos entre as macrorregiões de saúde dos estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul; (d) a pertinência dos investimentos nas macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, face ao perfil epidemiológico do estado expresso pela mortalidade materna e IDH-Municipal; (e) a contribuição dos investimentos na reorganização dos sistemas loco-regionais de saúde na macrorregião de saúde de Montes Claros, bem como capacidade de sustentabilidade dos mesmos, envolvendo a relação oferta/demanda e, em especial, a capacidade de custeio das instituições envolvidas.

Em função das análises realizadas, tornou-se possível concluir que: (i) os investimentos na Rede SUS têm ocorrido de modo acelerado e desordenado, principalmente a partir da década de 1970 quando 38 mil novas unidades de saúde (do total de 47 mil) foram construídas; (ii) e que os mecanismos de priorização, monitoramento e avaliação dos investimentos existentes se mostraram frágeis para tais finalidades.

Palavras-chave: alocação de recursos em saúde; sustentabilidade; avaliação de projetos sociais; projetos de investimentos em saúde, gestão de sistemas e serviços de saúde; arquitetura hospitalar.

ABSTRACT

With the intention of contributing to the expansion of the discussions in the field of the funds-allocation in the health sector, two studies were prepared: a retrospective study of the main investments projects carried out by the Federal Government and a descriptive study of the investments made through the ReforSUS Project – carried out between 1997 and 2004 with a total funding of U\$ 750 Million and involving 1.171 investment subprojects. The emphasis was placed on four main areas: the whole Brazilian territory, the South and Southwestern regions, the Minas Gerais State and, above all, the Macro-Region located in the Northern part of Minas Gerais State.

The adopted methodology was based in the approach used by Cohen and Franco, pertaining to the evaluation of Social Projects, and Donabedian, regarding the evaluation of services. With the objective of deepening the understanding of the problems related to the investments in the health sector during the 20th century, four analytical axes have been defined, involving the construction of indicators of structure, processes and results.

Based on the results obtained, five types of analysis have been drawn: (a) spatial and phase-related distribution of the investments made by the Federal Government during the 20th century (b) the distribution of the investments by the ReforSUS project (c) the distribution of the investments between the Macro-Regions of the Rio de Janeiro, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina and Rio Grande do Sul states (d) the appropriateness of the investments made in the Macro-Region of the Minas Gerais state, in relation to the epidemiological profile expressed by maternal mortality rates and municipal HDI (e) the contribution of the investments in the reorganization of the local-regional health system of Macro-Region of Montes Claros, as well as their capacity of sustainability, involving the relation offer/demand ratio, specially the capacity of expenditure of the involved institutions.

Based on the analyses carried out, it became possible to conclude that: (i) the investments in SUS network have occurred mostly in hurried up and disordered way, specially in the seventies, when 38,000 new health units (of the total of 47,000) had been constructed; (ii) the mechanisms of prioritization, monitoring and evaluation of the existing investments have been found fragile for such purposes.

Keywords: allocation of funds; sustainability; evaluation of social projects; management of health systems and services; hospital architecture.

SUMÁRIO

SUM	0
LISTAS	xii
Lista de Gráficos	xii
Lista de Ilustrações	xii
Lista de Quadros	xiv
Lista de Tabelas	xiv
Lista de Siglas	xvii
Introdução – A Pesquisa, as Ferramentas e o Território.....	1
Capítulo I. Percursos e Aprendizados da Pesquisadora.....	9
1.1 Em busca de um <i>lugar</i> no mundo das Ciências Médicas.....	11
1.2 Arquiteta, Sanitarista ou Urbanista – escolhas ainda na graduação.....	13
1.3 Primeiros passos rumo à questão da eficiência alocativa em saúde.....	19
Capítulo II. Metodologia.....	25
2.2 Níveis de Análise Adotados.....	31
2.2.1 Nível 1: Panorama dos Investimentos na construção da Rede SUS – Capítulo III.....	32
2.2.2 Nível 2: Caracterização Nacional do Projeto ReforSUS – Capítulo IV.....	33
2.2.3 Nível 3: Caracterização da Implementação do Projeto ReforSUS nas regiões Sul e Sudeste – Capítulo IV.....	33
2.2.4 Nível 4: Caracterização da implementação do Projeto ReforSUS no estado de Minas Gerais – Capítulo V.....	34
2.2.5 Nível 5: Caracterização da implementação do Projeto ReforSUS na Macrorregional de Saúde do Norte de Minas – Capítulo VI.....	35
2.3 Considerações sobre os Bancos de Dados e os Períodos de Análise.....	36
2.3.1 Sistema de Informação do Projeto Reforsus.....	36
2.3.2 Banco de Dados da Unidade de Apoio Técnico Regional III.....	37
Capítulo III. A Gênese da Rede SUS.....	40
3.1 Introdução.....	40
3.2 Do descobrimento ao final do século XVIII.....	47
3.3 O Século XIX.....	49
3.4 De 1901 a 1940 – Incorporando os Avanços da Revolução Industrial.....	54
3.5 De 1941 a 1970 – Início do processo de expansão de Unidades Básicas de Saúde.....	60
3.6 De 1971 a 1990 – Fortalecimento das Estratégias de Atenção Primária de Saúde (APS).....	66
3.6.1 PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento....	68
3.6.2 PLUS – Plano de Localização de Unidades de Serviços.....	70
3.7 De 1991 a 2000 – A década dos Grandes Projetos de investimentos.....	74

3.8 A Rede SUS do século XXI	77
Capítulo IV. Investimentos do Projeto ReforSUS nas Regiões Sul e Sudeste	83
4.1 Projeto ReforSUS: uma síntese.....	83
4.1.1 Estruturação e Diretrizes do Projeto	83
Componente I – Apoio à Melhoria da Capacidade e da Eficiência do SUS.....	84
4.1.2 Alguns resultados alcançados pelo Projeto ReforSUS.....	85
4.1.2.1 Componente I	85
4.1.2.2 Componente II	91
4.2 Alguns Resultados dos estados das Regiões Sul e Sudeste	92
4.2.1 Caracterização Geral dos Investimentos do Projeto ReforSUS. nos Estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.....	94
4.2.1.1 Região Sudeste	94
4.2.1.2 Região Sul	100
4.2.2 Condições de Sustentabilidade dos Investimentos do Componente I do Projeto ReforSUS nos Estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul	108
Capítulo V. Investimentos do Projeto ReforSUS no Estado de Minas Gerais	110
5.1 Caracterização do Setor Saúde no Estado	112
5.2 Caracterização dos Investimentos ReforSUS no estado de Minas Gerais	114
5.2.1 Distribuição de recursos no interior do estado	115
5.2.2 Modificação da Capacidade Física e Tecnológica Instalada do estado na Área Programática I – Readequação da Rede SUS	119
5.2.3 Investimentos Estratégicos	122
5.3 Análises preliminares da contribuição dos investimentos do Projeto Reforsus na Reorganização do Sistema Estadual de Saúde do estado de Minas Gerais	124
5.3.1 Capacidade de indução para a Reorganização do Sistema de Saúde	124
5.3.2 Pertinência e relevância dos investimentos face ao perfil epidemiológico do estado	126
5.4 Condições de Sustentabilidade dos Investimentos – discussão preliminar	129
Capítulo VI. Mergulho em Montes Claros: desafios da alocação de recursos no SUS	130
6.1 Um pouco da trajetória da Região de Montes Claros.....	130
6.2 Organização do Sistema de Saúde na Região de Montes Claros	131
6.2.1 A década de 1970.....	131
6.2.2 Plano Diretor de Regionalização – século XXI	132
6.3 Macrorregião de Saúde do Norte de Minas e o Projeto ReforSUS	132
6.4 Análises Preliminares dos Resultados dos Investimentos	139
Discussão e Sugestões	144
7.1 Contexto da priorização dos investimentos do Projeto ReforSUS	144
7.2 Investimentos do Projeto ReforSUS e Planos Diretores de Regionalização.....	147
Referências Bibliográficas	155
ANEXO I	158

LISTAS

Lista de Gráficos

GRÁFICO 3.1 – Evolução do número de Unidades de Saúde com internação, segundo década de início de atividade. Brasil – Século XVI a XX.....	41
GRÁFICO 3.2 – Evolução do número de Unidades de Saúde sem internação, segundo década de início de atividade. Brasil – Século XVI a XX.....	41
GRÁFICO 3.3 – Evolução do número de Unidades de Saúde de SADT, segundo década de início de atividade. Brasil – Século XVI a XX.....	41
GRÁFICO 4.1 – Total de Recursos Envolvidos Iniciais, Aprovados e Finais, na Área Programática I do Componente I por Unidade da Federação. Brasil.	87
GRÁFICO 4.2 – Distribuição dos Recursos do Componente I por porte do total de municípios. Brasil.....	88
GRÁFICO 4.3 – Distribuição dos Recursos do Componente I por Área Programática. (exceto a AP II) por categoria de investimentos. Brasil.	90
GRÁFICO 6.1 – Condições de sustentabilidade dos subprojetos concluídos até julho de 2004 – Comparativo Minas Gerais e Macrorregião do Norte de Minas.....	141
GRÁFICO 6.2 – Condições de sustentabilidade dos subprojetos concluídos até julho de 2004 – Brasil.....	142

Lista de Ilustrações

FIGURA 2.1 – Condições de Sustentabilidade de Investimentos na Rede Física e Tecnológica de Saúde	29
FIGURA 3.1 – Distribuição da Rede SUS até a primeira metade do século XX. BRASIL - 2002.....	42
FIGURA 3.2 – Distribuição da Rede SUS na segunda metade do século XX. Brasil, 2002.....	43
FIGURA 3.3 – Olinda - Primeira Santa Casa da Misericórdia. Brasil – Século XVI	48
FIGURA 3.4 – Santa Casa de Santos. Brasil – 1543.	48
FIGURA 3.5 – Edifício Sede de 1654	49
FIGURA 3.6 – Arquitetura hospitalar do século XVII – Chelsea Royal Hospital, 1682. 49	
FIGURA 3.7 – Santa Casa de Recife – Pernambuco – 1860.....	51
FIGURA 3.8 – Santa Casa de Misericórdia de São Francisco do Sul/SC, de 1859.....	52
FIGURA 3.9 – Santa Casa da Misericórdia de Passos/MG	52
FIGURA 3.10 – Santa Casa da Misericórdia de Passos/MG – Vista panorâmica.....	53
FIGURA 3.11 – Hospício de Pedro II – Rio de Janeiro, 1852	54
FIGURA 3.12 – Hospital Pavilhonar	56

FIGURA 3.13 – Hospital Central da Santa Casa de São Paulo	57
FIGURA 3.14 – Instituto de Pesquisa Evandro Chagas – Fiocruz	58
FIGURA 3.15 – Hospital dos Servidores do Estado	59
FIGURA 3.16 – Hospital Geral de Bonsucesso, de 1948.....	60
FIGURA 3.17 – Hospital Universitário Clementino Fraga - UFRJ	61
FIGURA 3.18 – Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira - UFRJ	61
FIGURA 3.19 – Sanatório Santa Maria, na Cidade do Rio de Janeiro – 1950.....	63
FIGURA 3.20 – Ex-Sanatório de Belém, em Belém do Pará, de 1957. Atual H. Barros Barreto	63
FIGURA 3.21 – Hospital Municipal de Maracanaú – 1950	64
FIGURA 3.22 – Planta de Situação Hospital de Curicica. Pátio Interno entre Pavilhões	65
FIGURA 3.23 – Enfermaria Pediátrica Hospital de Curicica.....	65
FIGURA 3.24 – Unidade de Acarú	66
FIGURA 3.25 – Unidade do Programa de Saúde da Família da Comunidade de Caninana, Município de Morrinhos/CE	70
FIGURA 3.26 – Posto de Saúde da Rocinha, Município do Rio de Janeiro/RJ.	74
Figura 3.27 – Laboratório de Práticas de Enfermagem ETSUS MG e RS	76
FIGURA 3.28 – Incorporação das Tecnociências no Século XXI.....	77
FIGURA 3.29 – Pobreza Urbana	79
FIGURA 2.30 – Avanços Tecnológicos.	80
FIGURA 3.31 – Esquema Gráfico da Rede SUS no Século XXI.....	82
FIGURA 5.1 – Mapas ilustrativos dos municípios contemplados com investimentos do Projeto Reforsus e seus respectivos papéis na Organização do Sistema de Saúde do estado de Minas Gerais, antes e depois do Plano Diretor de Regionalização de 2001 (PDR/NOAS/2001).....	125
FIGURA 5.2 Mapa ilustrativo do IDH-Municipal no estado de Minas Gerais em contraponto ao incremento de leitos e aos investimentos no Programa de Saúde da Família, por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (PDR/NOAS/2001) no estado de Minas Gerais.....	127
FIGURA 5.3 Mapas ilustrativos do Coeficiente de Mortalidade Materna por Diretoria Regional de Saúde e do IDH-Municipal no estado de Minas Gerais em contraponto ao incremento e Reparcelamento de leitos de Obstetrícia, por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (PDR/NOAS/2001) no estado de Minas Gerais – julho de 2002.....	128
FIGURA 7.1 – Abrangência dos <i>Territórios de Saúde</i> face às possibilidades de estruturação dos <i>Sistemas de Engenharia</i>	151
FIGURA 7.2 – Planejando, Programando e Priorizando Investimentos em Saúde....	152

Lista de Mapas

MAPA 4.1 – Distribuição dos Recursos do Componente I por município, segundo o <i>per capita</i> investido. Brasil.	88
---	----

MAPA 4.2 Distribuição Espacial dos Centros de Atenção Oncológica (CACON) implantados no estado de Santa Catarina na área Programática I do Componente do Projeto ReforSUS.	104
MAPA 5.1 Distribuição do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-Municipal) por município no estado de Minas Gerais – 2000.	110
MAPA 5.2 Distribuição do Coeficiente de Mortalidade Materna por Diretoria Regional de Saúde do estado de Minas Gerais – 1998	111
MAPA 5.3 Organização Territorial do estado de Minas Gerais por Diretoria Regional de Saúde, em vigor até 2001.	112
MAPA 5.4 Organização Territorial do estado de Minas Gerais por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (PDR/NOAS) – 2001	113
MAPA 5.5 Distribuição dos Investimentos do Projeto Reforsus por Municípios contemplados do estado de Minas Gerais.	117
MAPA 5.6 Distribuição por Município dos Equipamentos sob controle do Ministério da Saúde alocados pelo Projeto Reforsus por tipo de Equipamento no estado de Minas Gerais	122
MAPA 6.1 Macrorregional do Norte de Minas: Montes Claros: Municípios beneficiados ReforSUS com papel NOAS.	133

Lista de Quadros

QUADRO 2.1 - As Tipologias da Rede PIASS	69
QUADRO 6.1 Resumo dos Investimentos do Projeto ReforSUS na Macrorregião do Norte de Minas, segundo município, unidade beneficiada, valores envolvidos e características dos investimentos - julho de 2004	135
QUADRO I – Resumo dos Laudos de Supervisão e Avaliação dos Investimentos do Projeto ReforSUS na Macrorregião do Norte de Minas, segundo Instituições Beneficiárias.	169

Lista de Tabelas

TABELA 3.2 – Distribuição das unidades de saúde da Rede SUS segundo década de criação, natureza jurídica e tipo de unidade. Brasil – 2002	44
TABELA 4.1 – Projeto ReforSUS. Componente I: Segundo número de Subprojetos e de Recursos Envolvidos por Área Programática. Brasil.	85
TABELA 4.2 – Projeto ReforSUS. Componente I exceto PSF, segundo número de subprojetos e recursos envolvidos por Região, em municípios com papel nos Planos Diretores de Investimentos. Brasil.	89
TABELA 4.3 – Distribuição dos Recursos em Investimentos Estratégicos. Brasil.	91
TABELA 4.4 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos recursos segundo número de subprojetos e recursos envolvidos por Unidade Federada nos estados vinculados à Unidade de Apoio Técnico Regional III (UATR III).	93
TABELA 4.5 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos recursos segundo número de subprojetos e recursos envolvidos por Unidade Federada, em estados da Região Sudestes vinculados à Unidade de Apoio Técnico Regional III (UATR III).	94

TABELA 4.6 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos recursos segundo número de subprojetos e recursos envolvidos no estado do Rio de Janeiro.	95
TABELA 4.7 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos recursos por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) segundo população, número de subprojetos, recursos envolvidos e per capita no estado do Rio de Janeiro.	96
TABELA 4.8 – Projeto ReforSUS. Área Programática I do Componente I: Distribuição do Incremento de Leitos Hospitalares, por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001), por tipo de leito no estado do Rio de Janeiro.	96
TABELA 4.9 – Projeto ReforSUS. Área Programática I do Componente I: Distribuição da Reestruturação de Leitos Hospitalares por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) e por tipo de leito no estado do Rio de Janeiro.	97
TABELA 4.10 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos Equipamentos Sob Controle do Ministério da Saúde por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) no estado do Rio de Janeiro.	97
TABELA 4.11 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos recursos segundo número de subprojetos e recursos envolvidos no estado do Espírito Santo.	98
TABELA 4.12 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos recursos por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) segundo população, número de subprojetos, recursos envolvidos e <i>per capita</i> no estado do Espírito Santo.	98
TABELA 4.13 – Projeto ReforSUS. Área Programática I do Componente I: Distribuição do Incremento de Leitos Hospitalares por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) e por tipo de leito no estado do Espírito Santo.	99
TABELA 4.14 – Projeto ReforSUS. Área Programática I do Componente I: Distribuição da Reestruturação de Leitos Hospitalares por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) e por tipo de leito no estado do Espírito Santo.	100
TABELA 4.15 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos Equipamentos Sob Controle do Ministério da Saúde, por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) no estado do Espírito Santo.	100
TABELA 4.16 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos recursos segundo número de subprojetos e recursos envolvidos por Unidade Federada, em estados da Região Sul vinculados à Unidade de Apoio Técnico Regional III (UATR III).	101
TABELA 4.17 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos recursos segundo número de subprojetos e de recursos envolvidos no estado do Paraná.	101
TABELA 4.18 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos recursos por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) segundo população, número de subprojetos, recursos envolvidos e <i>per capita</i> no estado do Paraná.	102
TABELA 4.19 – Projeto ReforSUS. Área Programática I do Componente I: Distribuição do Incremento de Leitos Hospitalares por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) e por tipo de leito no estado do Paraná.	102
TABELA 4.20 – Projeto ReforSUS. Área Programática I do Componente I: Distribuição da Reestruturação de Leitos Hospitalares por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) e por tipo de leito no estado do Paraná.	103
TABELA 4.21 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos Equipamentos Sob Controle do Ministério da Saúde por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) no estado do Paraná.	103

TABELA 4.22 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos recursos segundo número de subprojetos e de recursos envolvidos no estado de Santa Catarina.	104
TABELA 4.23 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos recursos segundo número de subprojetos e de recursos envolvidos no estado do Rio Grande do Sul. .	105
TABELA 4.24 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos recursos por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) segundo população, número de subprojetos, recursos envolvidos e per capita no estado do Rio Grande do Sul.....	106
TABELA 4.25 – Projeto ReforSUS. Área Programática I do Componente I: Distribuição do Incremento de Leitos Hospitalares por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) e por tipo de leito no estado do Rio Grande do Sul. .	106
TABELA 4.26 – Projeto ReforSUS. Área Programática I do Componente I: Distribuição da Reestruturação de Leitos Hospitalares por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) e por tipo de leito no estado do Rio Grande do Sul.	107
TABELA 4.27 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos Equipamentos Sob Controle do Ministério da Saúde, por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) no estado do Rio Grande do Sul.....	107
TABELA 4.28 – Situação de Execução dos Subprojetos do Componente I do Projeto ReforSUS nos Estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.	108
TABELA 4.29 – Condições de Sustentabilidade dos Subprojetos do Componente I do Projeto ReforSUS nos Estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.....	109
TABELA 5.1 – Mortalidade Materno-Infantil. Região Sudeste, Minas Gerais. Brasil .	111
TABELA 5.2 – Condição de Habilitação dos municípios do estado de Minas Gerais - 2001.....	113
TABELA 5.3 – Distribuição dos Recursos por Área Programática do Componente I e Investimentos Estratégicos. Brasil e estado de Minas Gerais.....	114
TABELA 5.4 – Distribuição dos Subprojetos e Recursos Aprovados por Área Programática do Componente I e Investimentos Estratégicos. Brasil e estado de Minas Gerais	115
TABELA 5.5 – Distribuição Comparativa dos Subprojetos da Área Programática I do Componente I por Porte dos Investimentos. Brasil, estados vinculados à UATR III, Região Sudeste e estado de Minas Gerais.	116
TABELA 5.6 – Distribuição dos Municípios contemplados com Investimentos do Projeto ReforSUS, segundo número de habitantes, no estado de Minas Gerais.....	118
TABELA 5.7 – Projeto Reforsus. Componente I: Distribuição dos recursos por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) segundo população, número de subprojetos, recursos envolvidos e <i>per capita</i> no estado de Minas Gerais.....	118
TABELA 5.8 – Projeto Reforsus. Área Programática I do Componente I: Distribuição do Incremento de Leitos Hospitalares, por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001), por tipo de leito, no estado do Minas Gerais.	120
TABELA 5.9 – Projeto Reforsus – Área Programática I do Componente I: Distribuição da Reestruturação de Leitos Hospitalares por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001), por tipo de leito, no estado do Minas Gerais	121

TABELA 5.10 – Projeto Reforsus. Componente I: Distribuição dos Equipamentos Sob Controle do Ministério da Saúde por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) no estado de Minas Gerais.	121
TABELA 5.11 – Distribuição dos Investimentos Estratégicos em Gestação de Alto Risco por Diretoria Regional de Saúde do estado de Minas Gerais	123
TABELA 5.12 – Distribui�o dos Investimentos Estratégicos em Urgência e Emergência por Diretoria Regional de Saúde do estado de Minas Gerais.	124
TABELA 5.13 – Condi�o es de Funcionamentos dos Subprojetos concluidos do Componente I do Projeto Reforsus no estado de Minas Gerais.	129
TABELA 6.4 - Condi�o es de Funcionamentos dos Subprojetos concluidos do Componente I do Projeto Reforsus no estado de Minas Gerais e na Macrorregião do Norte de Minas.	140
TABELA 6.5 Condi�o es de Funcionamentos dos Subprojetos concluidos do Componente I do Projeto Reforsus. Brasil - julho de 2004.....	141
TABELA I – Total de Unidades de Saúde da Macrorregião do Norte de Minas por Década de Início de Atividade.....	159
TABELA II – Unidades Hospitalares da Macrorregião do Norte de Minas por ano de início de atividade	165
TABELA III – Distribui�o das unidades hospitalares da Macrorregião do Norte de Minas por ano – Microrregião e Município.....	167

Lista de Siglas

AIH	Autoriza�o de Internação Hospitalar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP	rea Programática
APS	Aten�o Primária de Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional para Reconstru�o e Desenvolvimento
CEA	Coordenadoria de Engenharia Clínica e Arquitetura Hospitalar
CEF	Caixa Econômica Federal
CEFET	Centro Federal de Educa�o Tecnológica
CENDES- OPAS	Método de Planejamento da década de 1960
CES	Conselho Estadual de Saúde
CGUHP	Coordena�o Geral de Unidades Hospitalares Próprias
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
DATASUS	Centro de Processamento de Dados do Sistema nico de Saúde
DIPLAN	Divisão de Planejamento
DNOSS	Divisão Nacional de Organiza�o dos Serviços de Saúde
DRS	Diretoria Regional de Saúde

ETSUS	Escolas Técnicas de Saúde do SUS
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FAS/CEF	Fundo de apoio ao Desenvolvimento Social da Caixa Econômica Federal
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FSESP	Fundação Serviço de Saúde Pública
FUNED	Fundação Ezequiel Dias
GT	Grupo de Trabalho
HEMOMINAS	Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais
HEMORIO	Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Rio de Janeiro
HEMORREDE	Rede hematológica e hemoterápica
HGB	Hospital Geral de Bonsucesso
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
LACEN	Laboratórios Estaduais de Saúde Pública
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NERJ	Núcleo Estadual do Rio de Janeiro
NOAS	Norma Operacional de Atenção à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Programação Ampliada Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM	Postos de Assistência Médica
PEC	Programas de Expansão de Cobertura
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PLUS	Plano de Localização de Unidades de Serviço
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal para a Saúde
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PROFAE	Projeto de Profissionalização de Trabalhadores da Área de Enfermagem
PSF	Programa de Saúde da Família
QUALISUS	Qualificação do Sistema Único de Saúde
ReforSUS	Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
RRHH	Recursos Humanos
SADT	Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia
SEPLAN/IPEA	Secretaria de Planejamento/Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas

SES	Secretaria Estadual de Saúde
SILOS	Sistemas Locales de Salud
SIMPAS	Sistema Integrado do Ministério da Previdência e Assistência Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNABS	Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde
SNPES	Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde
SP	Serviço de Planejamento
SUS	Sistema Único de Saúde
TMP	Tempo Médio de Permanência
UATR	Unidade de Apoio Técnico Regional
UF	Unidade da Federação
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UGP	Unidade Geral do Projeto ReforSUS
UnB	Universidade de Brasília

Siglas específicas

AC	Arco em “C”
ADU	Adulto
AL	Acelerador Linear
BC	Bomba de Cobalto
BERÇ	Berçário
CC	Clínica Cirúrgica
CM	Clínica Médica
CP	Clínica Pediátrica
HD	Máquina de Hemodiálise
MA	Mamógrafo
NEO	Neonatal
OBST	Clínica Obstétrica
PED	Pediátrica
RM	Ressonância Magnética
TO	Tomógrafo
USD	Ultra-som Doppler
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

INTRODUÇÃO – A PESQUISA, AS FERRAMENTAS E O TERRITÓRIO

Fase difícil da pesquisa essa de expor seus achados em formato de Tese de Doutorado. A sensação da necessidade de apresentá-los como se estivessem aprisionados em um 'método científico verdadeiro' e 'no formato acadêmico vigente' inibiu, por vezes, a pesquisadora em sua trajetória de colocar as idéias no papel. Ecoa, no momento de escrever cada palavra, o medo permanente de não ter escolhido o método certo ou de não encontrar um resultado adequado, em conformidade com os 'cânones científicos', ou, ainda, o formato adequado para apresentá-los.

Igualmente árduo e trabalhoso foi encontrar o 'ponto de vista apropriado' para abordar as questões priorizadas na pesquisa. Foi sofrida a busca de um *lugar de observação* que fosse capaz de dar conta das expectativas da pesquisadora – uma arquiteta que transita nas questões da saúde pública desde a graduação. Da mesma forma foi custoso estruturar o recorte necessário ao objeto estudado: os investimentos em recursos físicos e tecnológicos na Rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por vezes, a necessidade de um exercício teórico para encontrar e justificar o *lugar de observação* escolhido levou a pesquisadora a um caminho diferente do habitual bem como ao encontro de autores que dessem conta de circunscrever e embasar as dificuldades no ir-e-vir entre teoria e prática, entre o empírico e o conceitual. Desse contexto, surgiram longas conversas com Alcindo Ferla e Marta Pinheiro, além das leituras de Foucault, Deleuze e Guattari.

Teve lugar, então, a escolha do conceito de 'caixa de ferramentas' para a abordagem metodológica e a iniciativa de validação da 'trajetória do pesquisador' como instrumentos e ferramentas relevantes na condução do caminho delineado para a pesquisa.

Essa discussão sobre as ferramentas adquiridas pela pesquisadora e as interferências que impuseram à pesquisa como um todo está no **Capítulo I - Percursos e Aprendizados da Pesquisadora.**

Com base no que foi visto, ficou claro que a (im)pertinência de almejar construir conhecimento a partir das práticas do cotidiano se choca com o paradigma da modernidade.

Defende Boaventura Santos que esse paradigma comporta, entre outras, duas possibilidades de trajetória para o alcance de, pelo menos, duas formas de conhecimento: o conhecimento-regulação e o conhecimento-emancipação:

O conhecimento-emancipação é uma trajetória entre um estado de ignorância que designo por colonialismo e um estado de saber que designo por solidariedade. O conhecimento-regulação é uma trajetória entre um estado de ignorância que designo por caos e um estado de saber que designo por ordem. Se o primeiro modelo de conhecimento progride do colonialismo para a solidariedade, o segundo progride do caos para a ordem. Nos termos do paradigma da modernidade, a vinculação recíproca entre o pilar da regulação e o pilar da emancipação implica que estes dois modelos de conhecimento se articulem em equilíbrio dinâmico. Isto significa que o poder cognitivo da ordem alimenta o poder cognitivo da solidariedade, e vice-versa. A realização deste equilíbrio dinâmico foi confinada às três lógicas de racionalidade atrás mencionadas: a racionalidade moral-prática, a racionalidade estético-expressiva e a racionalidade cognitivo-instrumental. Vimos, porém, que nos últimos duzentos anos a racionalidade cognitivo-instrumental da ciência e da tecnologia se foi impondo às demais. Com isto, o conhecimento-regulação conquistou a primazia sobre o conhecimento-emancipação: a ordem transformou-se na forma hegemônica de saber e o caos na forma hegemônica de ignorância (..) Assim, o estado de saber no conhecimento-emancipação passou a estado de ignorância no conhecimento-regulação (a solidariedade foi recodificada como caos) e, inversamente, a ignorância no conhecimento-emancipação passou a estado de saber no conhecimento-regulação (o colonialismo foi recodificado como ordem). É esta a situação em que nos encontramos e é dela que urge sair. (SANTOS, 2000:78-79)

De qualquer maneira, neste trabalho acadêmico não se verá, no contexto de referências para a produção teórica, uma revisão sistematizada e pormenorizada da discussão acerca das metodologias de avaliação existentes e utilizadas pelo setor saúde ou, mesmo, pelo setor social para a avaliação de Projetos Sociais de Investimentos.

Se o interesse é pela busca de um novo ponto de vista, não se deve partir unicamente da forma acadêmica para perguntar como e em que medida foram estruturadas as metodologias de avaliação existentes ou em que medida estas

viriam a contribuir para a estruturação de uma metodologia de avaliação de resultados de investimentos na Rede SUS¹.

Este foi nosso maior desafio: escrever o **Capítulo II – Metodologia**. O maior desafio em relação à elaboração do método foi o 'duelo' que se estabeleceu entre a pesquisadora e a coordenadora regional do Projeto ReforSUS, a principal informante da pesquisa. Por vezes foi difícil discriminar uma e outra, e a solução encontrada foi a de expor dados objetivos do Projeto e marcar experiências subjetivas da coordenadora regional para compor os argumentos de análise e discussão, fato que poderá ser observado nos capítulos dedicados aos resultados.

Por sua vez, o desafio de 'gerar conhecimento a partir das práticas e das evidências empíricas do cotidiano' colocou a pesquisadora frente a escolhas difíceis e perigosas, de uma perspectiva acadêmica, posto que estas levaram a caminhos, por vezes, erráticos na exploração das possibilidades de *mergulho*, tendo como *norte magnético* de uma *bússola imaginária* apenas a criatividade e o nosso compromisso ético/político.

Nesse contexto, cabe lembrar Cecília Minayo, no texto "Entre vãos de águia e passos de elefante: caminhos da investigação na atualidade", quando ela diz:

Em 'O desafio do conhecimento' (1993), livro com o qual tentei contribuir para superar as posturas, muitíssimo freqüentes, de tratar separadamente 'questões epistemológicas' e 'procedimentos operacionais', apresentei o que considero o conceito de metodologia, entendendo-o, de forma abrangente e concomitante:

- como a discussão epistemológica sobre o 'caminho do pensamento' que o tema ou o objeto de investigação requer;

- como a apresentação adequada e justificada dos 'métodos, das técnicas e dos instrumentos operativos' que devam ser utilizados para as buscas relativas às indagações da investigação;

- e como o que denominei de 'criatividade do pesquisador', ou seja, a sua marca pessoal e específica na forma de articular teoria, métodos, achados experimentais, observacionais, ou qualquer outro tipo específico de indagação científica (MINAYO, 2003:19)

A nosso ver, para encontrar um novo ponto de vista na estruturação de uma metodologia de avaliação de investimentos seria preciso partir das práticas de

¹ Rede SUS – envolvendo as unidades de saúde públicas municipal, estadual e federal – as unidades privadas sem fins lucrativos e aquelas com fins lucrativos e atendimento ao SUS (dupla-porta).

investimentos que ocorrem – e ocorreram – ao longo da estruturação do atualmente denominado Sistema Único de Saúde (SUS) e, sobretudo, daquelas relativas aos investimentos aplicados em transformação, que visam à reorganização do modelo assistencial vigente, em cada período da estruturação da Rede de Saúde no Brasil.

Contudo, a simples descrição do processo de conformação e de expansão da Rede SUS não satisfaz as expectativas da pesquisadora, uma vez que se mostrou imprescindível uma abordagem mais crítica sobre este processo, o que direcionou para a leitura de autores como Sérgio Buarque de Holanda, Michel Foucault e Milton Santos, além dos franceses Antoine Picon e Ruth Scheps, ambos estudiosos do processo de incorporação de tecnologias no mundo contemporâneo. Essas questões estão delineadas no **Capítulo III - A Gênese da Rede SUS**.

Um conceito que perpassa transversalmente toda a metodologia utilizada na pesquisa é o de 'território'. Cabe destacar que se adotou esse conceito no sentido a ele atribuído por Santos e Silveira, que dizem:

Por território entende-se geralmente a extensão apropriada e usada. Mas o sentido da palavra territorialidade como sinônimo de pertencer àquilo que nos pertence... esse sentimento de exclusividade e limite ultrapassa a raça humana e prescinde da existência de estado. (...) Mas a territorialidade humana pressupõe também a preocupação com o destino, a construção do futuro, o que, entre os seres vivos é privilégio dos homens. Num sentido mais estrito, o território é um nome político para o espaço de um país. Em outras palavras, a existência de um país supõe um território. (...) O que interessa discutir é, então, o território usado, sinônimo de espaço geográfico. E essa categoria, território usado, aponta para a necessidade de um esforço destinado a analisar sistematicamente a constituição do território. Como se trata de uma proposta totalmente empirizável, segue-se daí o enriquecimento da teoria. (SANTOS e SILVEIRA, 2002:19) (Grifos nosso).

Os autores tiveram a preocupação de delimitar ainda mais o sentido em que o conceito é adotado por eles:

O uso do território pode ser definido pela implantação de infra-estrutura, para as quais estamos igualmente utilizando a denominação sistemas de engenharia, mas também pelo dinamismo da economia e da sociedade. São os movimentos da população, a distribuição da agricultura, da indústria e dos serviços, o arcabouço normativo, incluídas a legislação civil, fiscal e financeira, que, juntamente com o alcance e a extensão da cidadania, configuram as funções do novo espaço geográfico. (SANTOS e SILVEIRA, 2002:21) (Grifos nosso)

Afora isso, segundo eles, não basta a delimitação do uso de território, uma vez que as épocas, entre outros fatores, influenciam o sentido que lhe é atribuído:

(...) uma certa periodização é necessária, pois os usos são diferentes nos diversos momentos históricos. Cada periodização se caracteriza por extensões diversas de formas de uso, marcadas por manifestações particulares interligadas que evoluem juntas e obedecem a princípios gerais, como a história particular e a história global, o comportamento do Estado e da nação (ou nações) e, certamente, as feições regionais. (SANTOS e SILVEIRA, 2002:20)

Pela apropriação do conceito de *sistemas de engenharia* empregado por Santos e Silveira, é possível migrá-lo para a área da saúde e estendê-lo à Rede Física e Tecnológica de Saúde do SUS – a infra-estrutura de serviços de saúde – de modo a se fazer inferências com base nas premissas desses autores, quando dizem:

(...) em períodos anteriores, os sistemas de engenharia eram imaginados para responder às necessidades do lugar e, de fato, assim funcionavam. (...) Quando eles passavam a autorizar uma cooperação estendida, em lugar da cooperação de base local que antes permitiam, acabavam por constituir sistemas integrados e interdependentes entre si. (...) Nos dias de hoje, os sistemas de engenharia são projetados e construídos em forma integrada, na intenção de promover a convergência de certos agentes e de certas regiões. Esses grandes sistemas técnicos fornecem as condições para que outras técnicas funcionem. (SANTOS e SILVEIRA, 2002:101)

Para o Sistema Único de Saúde, a apropriação dos conceitos de *território usado* e *sistemas de engenharia* – importados da geografia – possibilita uma formulação teórica que dê conta da noção de **território de saúde**.

Nos *territórios de saúde* se podem incorporar as expressões materiais advindas do progresso das ciências, das técnicas e da circulação de informações, de modo a criar condições materiais e imateriais para o ajuste do trabalho e das condições de ocupação dos lugares, bem como remodelar regiões já ocupadas.

Como ferramentas para a estruturação da Metodologia de Avaliação utilizamos as metodologias propostas por Avedis Donabedian, que examina a Avaliação de Serviços, e de Ernesto Cohen e Rolando Franco, que discutem Avaliação de Projetos Sociais.

O universo de estudo abarca os investimentos do Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (ReforSUS) (1997 a 2004) e,

sobretudo, aqueles ocorridos no estado de Minas Gerais, com foco na Macrorregião de Saúde do Norte de Minas, a Macrorregião de Montes Claros, territórios de saúde escolhidos para a verificação de como se deu a reestruturação dos sistemas de engenharia loco-regionais.

As questões iniciais serão respondidas através das seguintes perguntas:

- tendo como objetivo a equidade, além da otimização dos recursos disponíveis e a desigualdade social como contexto, que nível de eficiência vem sendo atingido pelos investimentos em saúde no país?
- como alocar de modo eficiente os recursos existentes?
- de que maneira se poderia lidar com os recursos de capital de forma a obter-se o maior aproveitamento possível?

Nesse contexto, segundo Schramm:

(...) caberá ao gestor do sistema de saúde tomar decisões que têm efeitos práticos, partindo da constatação de que os recursos efetivamente disponíveis são de fato escassos, e da premissa de que seja moralmente legítimo proceder a alguma forma de 'acionamento' na alocação. (SCHRAMM, 2000:45)

As hipóteses essenciais, aquelas que visam consubstanciar os eixos de avaliação apresentados, são as seguintes:

(a) No Brasil, falar em projetos de investimento implica comentar a incorporação de tecnologias, uma vez que a alocação de recursos por meio desses projetos vem viabilizando, via de regra, as incorporações de tecnologias que têm lugar no país, sobretudo a partir da década de 1970, quando esse processo passa a ocorrer de modo mais intenso;

(b) Em que pese o desenho adotado pelos Projetos de Investimento recentes com vistas à racionalização e à sustentabilidade, estes vêm sendo feitos de modo desordenado, contribuindo para a inequidade na distribuição dos recursos físicos e tecnológicos e para a elevação desnecessária dos custos de operação e manutenção – já altos – do setor;

(c) A Política de Investimentos do Ministério da Saúde não se desenvolveu impulsionada pela estruturação de uma Política de Incorporação de Tecnologias em Saúde que levasse em conta as exigências de operação e de

manutenção das tecnologias incorporadas, gerando, em conseqüência, um extenso parque tecnológico ocioso e deteriorado;

O processo pelo qual se estruturam os investimentos em saúde – em geral, focados na incorporação de tecnologias, embora pautados, a cada momento, em Políticas e Planos de Saúde específicos – foi percebido como um instrumento de indução para a mudança do modelo de atenção, do mesmo modo que para a revisão dos modos de agir e de pensar a atenção à saúde, em virtude do que foi considerado como eixo essencial à análise proposta.

Por um lado, a Escolha do Território – o foco da análise pretendida na pesquisa – recaiu sobre o estado de Minas Gerais em razão de sua condição privilegiada, a qual o distingue da quase totalidade das unidades da federação, em função de sua história político-social, inclusive na área da saúde, que o situa como um dos precursores das questões relativas à regionalização, com destaque, inclusive para as experiências desenvolvidas na Região de Montes Claros a partir da década de 1970. Por outro lado, a heterogeneidade existente entre os 856 municípios do estado, expressão da forte diversidade intra-estadual, cuja desigualdade pode ser expressa pelas taxas e indicadores sócio-epidemiológicos e pelo aporte desigual da Rede de Serviços do SUS.

O estado de Minas Gerais, em sua diversidade territorial, agrega municípios repletos de riquezas naturais e de prosperidade desenvolvimentista ao sul, os quais são denominados **as Minas** pelos mineiros, enquanto **as Gerais**, como se costuma chamar a região ao norte, engloba os municípios mais pobres e castigados pelas condições desfavoráveis do semi-árido. Essa divisão acentua as diferenças intra-estaduais.

Além dessas, podem-se destacar outras razões para a escolha do estado como território para objeto de estudo:

- Minas Gerais foi a unidade da federação com maior número de projetos de investimentos financiados pelo Projeto ReforSUS, com 230 subprojetos do total de 1.171, pelo que ficou em segundo lugar com relação a recursos envolvidos, perdendo apenas para São Paulo;
- A tradição do estado nas questões de organização regionalizada de sua Rede de Saúde, que remonta a meados da década de 1970, as quais

podem ser expressas pelas experiências no Vale do Jequitinhonha, na Regional de Montes Claros e na Regional de Uberlândia. (ROSAS, 1981)

Associando a noção de território e de período tornou-se possível o estudo aprofundado dos investimentos em infra-estrutura propiciados pelo Projeto de Investimentos de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (Projeto ReforSUS), primeiramente, no país como um todo e, depois, nos estados da Região Sul e Sudeste, para as quais foram utilizadas as categorias de análise preconizadas por Cohen e Franco, tais como a prática de uma política compensatória e a relação oferta/demanda. Os resultados dessas regiões envolvem respectivamente investimentos da ordem de R\$ 902 milhões e R\$ 354 milhões.

Finalmente, com os conceitos absorvidos da metodologia de avaliação de Donabedian, foi estruturada a metodologia de avaliação proposta para o estado de Minas Gerais – que abrange R\$ 115 milhões –, focalizando-se a Macrorregião de Saúde de Montes Claros – na qual foram investidos R\$ 7 milhões – no período de 1997 a 2004.

Dessa forma, o conceito de região como território, objeto e espaço de análise para a construção de uma metodologia de avaliação de resultados de investimentos em saúde foi conceito-chave para a estruturação da pesquisa. Os resultados e análises conformam os **Capítulo IV – Investimentos do Projeto ReforSUS no Brasil e nos estados das Regiões Sul e Sudeste; Capítulo V – Investimentos do Projeto ReforSUS no estado de Minas Gerais e Capítulo VI – Mergulho em Montes Claros, os desafios da alocação de recursos no SUS.**

Finalmente, no capítulo de **Discussão e Sugestões**, serão colocadas questões consideradas pertinentes no sentido da formulação de novos Projetos de Investimentos para a expansão e readequação da Rede Física e Tecnológica do SUS.

CAPÍTULO I. PERCURSOS E APRENDIZADOS DA PESQUISADORA

Pensamos que as trajetórias pessoais interferem, de modo decisivo, na maneira como as pessoas percebem o movimento do mundo em seu entorno e interagem com ele. Recentemente descobrimos que essa percepção, que julgávamos ser pessoal, pode ser compartilhada com diversos autores que vêm discutindo a transição do paradigma da modernidade, alguns já citados na introdução desta Tese de Doutorado.

Entretanto essa percepção – que parecia ser, no início, tão imersa no senso comum –, ao ser expressa por um pesquisador – uma doutoranda, por exemplo – adquire um caráter de posicionamento epistemológico, sobretudo se tal modo de pensar e agir pauta as bases conceituais de um trabalho acadêmico – no caso, uma Tese de Doutorado. Assim, as escolhas feitas nos possibilitaram ‘enxergar’ outras relações possíveis e necessárias entre a teoria e a prática.

Como diz Deleuze (Foucault, 1989), durante uma conversa com Foucault, é preciso viver as relações teoria-prática não mais como processos de totalização, mas como relações parciais e fragmentárias que permitem um sistema de revezamento ou de rede. Sobre a teoria e a prática, diz Foucault:

(...) a prática é um conjunto de revezamentos de uma teoria a outra e a teoria um revezamento de uma prática a outra. Nenhuma teoria pode se desenvolver sem encontrar uma espécie de muro e é preciso a prática para atravessar o muro. (FOUCAULT, 1989:70)

Desse modo, produzindo estranhamento e transversalidades, encontra-se amparo para o desenvolvimento desta pesquisa em Michel Foucault, Gilles Deleuze e Guattari, quando convergem para a necessidade e a possibilidade de se encontrarem outras relações entre teoria e prática, expressas na metáfora utilizada por Foucault e reafirmada por Deleuze, em que uma teoria deve ser como uma “caixa de ferramentas: é preciso que sirva, é preciso que funcione” (Foucault, 1989:71). Em suma, se determinada teoria não contribui

para a solução de um problema, que seja preterida como 'não útil', para que possamos nos apropriar de outras teorias.

Além disso, ancorados no parecer de qualificação sobre o Projeto de Tese de Doutorado apresentado em novembro de 2002, buscamos estruturar o arcabouço teórico-metodológico para o desenvolvimento da pesquisa ao estabelecermos, com maior propriedade, a idéia de inovação no sentido adotado por Boaventura Santos, que, além de privilegiar uma relação transversal entre a teoria e a prática, define outra configuração de saberes e poderes e busca transpor os já conhecidos limites da racionalidade científica moderna (SANTOS, 2000).

De tudo o que lemos com o intuito de balizar um pouco mais essa discussão, o que mais nos chamou a atenção e, de certo modo, lamentamos já ter sido escrito por outra pessoa, foi o texto abaixo, transcrito da Tese de Doutorado de Alcindo Antônio Ferla:

Este capítulo responde a uma convicção de cunho epistemológico: localizar o autor no entrelaçamento com sua produção. Compartilho da posição daqueles autores que, de diversas posições, vêm fazendo críticas às metodologias e aos supostos da ciência moderna. Não acredito em objetividade universal, apenas na objetividade particular, local e fragmentária de um conhecimento histórico e mutável/mutante, construído no diálogo entre o pesquisador, o entorno e seus agentes, entre a teoria e a prática, entre diversos campos do conhecimento (inclusive o conhecimento pragmático imbricado no senso comum e na ação das classes populares). (FERLA, 2002:27)

Em virtude do exposto, os textos apresentados a seguir foram organizados em blocos e envolvem elementos das áreas de Arquitetura, da Saúde e da trajetória de vida da pesquisadora, desde a formação de nível médio até a acadêmica, uma vez que todos esses aspectos ajudam a identificar como interferem nas escolhas e como se processa a composição das ferramentas que serão utilizadas nesta Tese de Doutorado.

Assim, o primeiro bloco tratará do contato de uma adolescente com as inovações técnico-científicas da medicina da década de 1960, ancorados no mundo imaginário de Júlio Verne e nas maravilhas tecnológicas da Ficção Científica. O segundo bloco mostrará a trajetória persistente na construção de um elo entre a Arquitetura, o Planejamento Regional e a Saúde, que se inicia ainda durante a graduação. Por sua vez, o terceiro bloco buscará expressar os

pontos de tensão que foram se conformando – em especial, nas questões relativas à construção de um novo ponto de vista para as questões da Saúde Pública – por meio do contato direto da pesquisadora com os sistemas e serviços de saúde e suas práticas.

1.1 Em busca de um *lugar* no mundo das Ciências Médicas

A década de 1960, período em que vivi a infância e parte da adolescência, foi marcada por um mundo novo de possibilidades de abrupto desenvolvimento das ciências e das técnicas.

No mundo real, os avanços da medicina possibilitaram os primeiros transplantes de coração. O Dr. Barnard, precursor da técnica, aparecia em jornais e revistas, enquanto o *marca-passo*, um novo aparato tecnológico por ele utilizado, surgia como o que havia de mais sofisticado para o tratamento de determinada cardiopatia. Esse cenário me fascinava. A possibilidade de criar um mecanismo tecnológico que pudesse ser colocado dentro das pessoas para lhes dar *condição de vida* me pareceu, ainda na infância, a trajetória que gostaria de seguir: inventar coisas para tratar pessoas.

Embora as viagens espaciais começassem a despontar e os astronautas passassem a ser os ícones do mundo científico e tecnológico da maioria dos adolescentes, o Dr. Barnard e seu artefato tecnológico lideravam as minhas preferências no campo estrito dos mitos e ícones do *mundo do futuro*.

Por sua vez, na área da ficção, a televisão permitia o contato com um mundo repleto de maravilhas tecnocientíficas, como o *tricorder* do seriado *Jornada nas Estrelas*. O gabinete do médico da tripulação, Dr. McCoy, possuía uma gama enorme de equipamentos e de aparelhos pequenos e sofisticados que diagnosticavam, monitoravam e, até mesmo, curavam as pessoas de diferentes males: fraturas, cortes e doenças em órgãos internos. Definitivamente, era esse o mundo no qual gostaria de atuar.

Movida pelas maravilhas tecnológicas do mundo real e da ficção científica escolhi fazer engenharia eletrônica e me matriculei no Curso de Eletrotécnica oferecido pela parceria institucional entre o Centro Federal de Educação

Tecnológica (CEFET) e o Colégio Rio de Janeiro, no qual, em paralelo, faria “o científico”².

Durante os dois primeiros anos do curso, fiquei às voltas com componentes eletrônicos, ferros de solda, amperagens e impedâncias; enfim, tudo aquilo que era necessário à formação de um Técnico de Eletrônica, o primeiro passo para a minha entrada no *mundo maravilhoso dos artefatos biotecnológicos*.

Ao final do segundo ano, já auxiliar-técnico em eletrônica e monitora de turma, criei meu primeiro artefato: um amplificador de som. Havia construído meu primeiro equipamento, tendo feito tudo, ou seja, cortado, dobrado e soldado a placa de ferro que formava a caixa; organizado e soldado todos os relés, conduítes e transistores; colocado os botões de comando; e, por fim, testado o equipamento.

Entretanto, aquela vida, passada durante dois anos dentro de uma oficina de eletrônica, me trouxe inquietude e questionamentos. Na realidade, o trabalho solitário em uma bancada em meio a alicates e ferros de solda se mostrou incompatível com meu temperamento irrequieto e trouxe os primeiros questionamentos quanto ao fato de ser, ou não, a profissão de Engenheira Eletrônica a mais acertada para mim. Seria este o caminho correto para o *mundo maravilhoso dos artefatos biotecnológicos*? E a Medicina, seria uma opção? O terceiro ano do científico se aproximava e eu teria que fazer a escolha certa para o cursinho de pré-vestibular: Vetor ou Miguel Couto? Respectivamente, Engenharia ou Medicina?

O primeiro semestre de 1973, aquele do Curso Pré-vestibular, foi marcadamente um período de muito estudo, de profunda angústia e inúmeras incertezas: pela manhã assistia às aulas no pré-vestibular de engenharia e à noite no pré-vestibular de medicina, na turma dos repetentes, a única opção possível sem custos adicionais. Nesse ínterim, visitei o Hospital Universitário do Fundão e o contato direto com o cheiro de sangue e pus se tornou insuportável. Por fim, a visão de uma moça com mífase no nariz foi determinante para que descartasse a Medicina como possibilidade. Definitivamente, nem Engenharia nem Medicina.

² Atualmente denominado Ensino Médio.

Em aparente paradoxo, no mês de agosto de 1973 me inscrevi no vestibular para Arquitetura. Havia percebido que poderia chegar a qualquer lugar por essa via. Tudo que existia no mundo tinha sido construído por alguém, inclusive os hospitais. Com esse espírito passei no vestibular para o segundo semestre de Arquitetura na Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Já o primeiro semestre de 1974 foi dedicado aos cursos de Informática ministrados pelo Instituto de Matemática da UFRJ, onde fiz os cursos Basic e Fortran. No ir-e-vir para a Cidade Universitária, quase na entrada da Ilha do Fundão, descobri a existência de um prédio do Ministério da Saúde, a Delegacia Regional do Estado do Rio de Janeiro. A partir dessa descoberta, me aproximei progressivamente do Ministério da Saúde e da Saúde Pública.

1.2 Arquiteta, Sanitarista ou Urbanista – escolhas ainda na graduação

Em junho de 1977, cursando o terceiro ano da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da UFRJ, fui contratada como auxiliar técnica do Plano de Localização de Unidades de Saúde (GT/PLUS), Convênio do Instituto Nacional de Previdência Social / Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (INPS/IPEA). Minha função, como estudante de arquitetura e urbanismo, era apoiar a equipe multiprofissional do Plano de Localização de Unidades de Serviço (PLUS), composta, em suas atividades, de médicos sanitaristas – mestrandos do Instituto de Medicina Social da atual Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – economistas, enfermeiros, geógrafos, arquitetos e urbanistas.

Dando vazão à preferência pelas atividades de Planejamento Urbano e Regional, envolvi-me com os membros da equipe que trabalhavam nas atividades voltadas às discussões relativas ao Estudo Preliminar de Regionalização Médico-Assistencial para o país. Além disso, apoiava a equipe de arquitetos e economistas do PLUS na análise da pertinência das solicitações de financiamento ao Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social da Caixa Econômica Federal (FAS/CEP), encaminhadas por municípios

diversos para a construção e a ampliação de unidades hospitalares públicas e filantrópicas.

Paralelamente às atividades na área do planejamento regional e de saúde, me interessei pela arquitetura hospitalar em si e, através das inúmeras visitas ao prédio da Delegacia Regional de Saúde no Rio de Janeiro³, tomei contato com os documentos que disciplinavam as construções hospitalares editadas pelo Ministério da Saúde, dentre elas: *Projeto de normas Disciplinadoras das Construções Hospitalares* (1965); *O Hospital e suas Instalações* (1967) e *Normas de Construção e Instalação de Hospital Geral de Pequeno e Médio Porte* (1974), conhecida como Portaria 400/74.

Essa primeira experiência de trabalho na saúde envolveu dois contratos distintos – o primeiro, de junho de 1977 a abril de 1978, sob a Coordenação Geral do Arquiteto e Urbanista Almir Fernandes, e o segundo, de fevereiro a abril de 1979, coordenado pelo Dr. Luiz Felipe Moreira Lima. O contato de trabalho com o universo fascinante da saúde pública, seus mestres e discípulos, o fato de ter sido estagiária de jovens sanitaristas, alguns ainda alunos de mestrado⁴, foi determinante no rumo de minha vida profissional, pois me despertou a curiosidade e o fascínio pelo exercício das atividades de planejamento no âmbito da saúde.

Em agosto de 1979 concluí o curso. Sem trabalho no Rio de Janeiro e casada com o Médico Sanitarista Eric Jenner Rosas, mudamos para Brasília com o intuito de trabalhar no Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) sob a Coordenação do Médico e Sanitarista Luiz Felipe Moreira Lima, antigo coordenador do PLUS.

Em 15 de dezembro de 1980 fui contratada pela Fundação das Pioneiras Sociais, para trabalhar como Arquiteta no Serviço de Planejamento da Divisão de Planejamento da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde (SP/DIPLAN/SNPES/MS), em Brasília, sob a Coordenação do Médico Sanitarista Luiz Humberto Pereira, junto a uma equipe multidisciplinar composta por uma médica, uma enfermeira, uma estatística,

³ Sediada, à época, no atual Prédio da Expansão da Fiocruz, na Avenida Brasil.

⁴ Como Paulo Buss, Ana Tereza, Mário Dal Poz, Márcio Almeida, Amem e Ana Rita, entre outros.

uma farmacêutica, uma economista e um administrador, todos com especialização em Saúde Pública.

Luiz Humberto acreditava na formação permanente de sua equipe e, por conseguinte, tínhamos uma roda de discussão às quintas-feiras, em que líamos Paul Singer e Max Weber e discutíamos o Método de Planejamento Normativo preconizado pela CENDES, da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), consubstanciando nossa prática de trabalho.

Na DIPLAN, minhas atividades não se limitaram ao campo da arquitetura hospitalar, uma vez que nosso Coordenador entendia que, como planejadores, deveríamos exercer nossas atividades sob duas óticas: a da formação básica específica de cada técnico e a do planejamento em saúde.

Do ponto de vista da atividade específica, tornei-me responsável pelo gerenciamento das atividades de elaboração de projetos de reestruturação físico-funcional, de obras e reformas e de aquisições de equipamentos dos hospitais ligados às Campanhas de Tuberculose, Saúde Mental e Câncer, todas vinculadas à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES), totalizando oito hospitais em diversos estados do país, abaixo relacionados, e pelo acompanhamento de uma unidade específica, o Centro Psiquiátrico Pedro II, que envolvia atividades de assessoria na Programação de Atividades, elaboração de Orçamentos-Programa e acompanhamento da execução destes dois instrumentos de planejamento.

Com relação a minha atuação junto aos hospitais do MS, tive o privilégio de participar do processo de mudança da modelagem assistencial, da quebra de paradigma do cuidado hospitalar em relação à Tuberculose e à Saúde Mental. Dois momentos foram relevantes na construção da atual Rede SUS: a transformação de Hospitais de Tuberculose em Hospitais Gerais e a Humanização dos Hospitais de Saúde Mental, abrangendo os Hospitais vinculados à SNPES, a saber:

Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária

- Hospital Adriano Jorge, em Manaus/AM;
- Hospital Barros Barreto em Belém/PA;
- Hospital de Maracanaú, em Maracanaú/CE;

- Hospital Raphael de Paula Souza, no Rio de Janeiro/RJ.

Divisão Nacional de Saúde Mental

- Hospital Phillipe Pinel, no Rio de Janeiro/RJ;
- Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro/RJ;
- Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro/RJ;

Divisão Nacional de Doenças Crônicas e Degenerativas

- Instituto Nacional do Câncer, no Rio de Janeiro/RJ.

Dentre as atividades gerais de planejamento, duas foram particularmente interessantes do ponto de vista de minha formação como planejadora em saúde: a primeira, concernente ao monitoramento de indicadores hospitalares, tais como: Taxa de Ocupação, Tempo Médio de Permanência, Controle da emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Taxa de Mortalidade Hospitalar; a segunda, relativa à estruturação de núcleos de planejamento em cada um dos hospitais, sob nossa supervisão, o que acarretava, mais uma vez, a possibilidade de lidar com processos inovadores no âmbito do planejamento em saúde, abrangendo um contexto local e global, e com profissionais da saúde de extrema relevância para a construção do atual estado da arte do planejamento e gestão em saúde.

Naquele momento de minha trajetória profissional senti necessidade de me capacitar melhor na área da saúde – ainda que mantendo o olhar específico de arquiteta – e, em 1981, fiz o Curso de Especialização em Arquitetura do Sistema de Saúde, da Universidade de Brasília (UnB), organizado através de um Convênio entre a Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da UnB e a Divisão Nacional de Organização dos Serviços de Saúde da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde do Ministério da Saúde (DNOSS/SNABS/MS).

Essa Especialização foi decisiva no aprofundamento de meus conhecimentos sobre a dinâmica do então Sistema Nacional de Saúde e das unidades de saúde que o compunham. Houve o encontro com a educação como marco em minha trajetória, propiciando-me o contato com ferramentas que utilizo até hoje e que marcaram o desenvolvimento na área do Planejamento e da Arquitetura

de Sistemas e Serviços de Saúde no Brasil. Além disso, tive a oportunidade de trabalhar com textos de referência e de propostas em implantação nos demais países da América Latina, assim como as publicações relativas ao tema apoiadas pela OPAS e pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Do ponto de vista da Gestão do Sistema de Saúde, naquela época, aprofundavam-se as discussões acerca dos malefícios da cisão entre as Redes Hospitalares do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Previdência Médica e Assistência Social (INAMPS), além da necessidade de se pensar uma nova forma de manter os hospitais da SNPES, que não a existente (as Campanhas Nacionais), cujos recursos financeiros eram inconstantes e insuficientes. Entre o final do ano de 1981 e meados do ano de 1982, os hospitais da SNPES, após inúmeros debates, entraram em regime de Co-gestão com o INAMPS/MPAS, cabendo a cada parte envolvida, MPAS e MS, 50% dos gastos de custeio das unidades.

O processo de co-gestão com o INAMPS/MPAS, responsável à época pela contratação e pagamento dos serviços prestados pela rede privada e filantrópica contratada, trouxe à tona a necessidade de se constituir uma Equipe de Consultores Especialistas para apoiar o *“desenvolvimento das atividades de aprimoramento técnico-administrativo dos hospitais do Ministério da Saúde geridos em regime de co-gestão com o Ministério da Previdência e Assistência Social”* (Portaria MS nº 127, de 21 de junho de 1982), coordenada pelo Dr. Propício Caldas Filho, Consultor da OPAS e representante do Ministério da Saúde, em primeira instância, e pelo Dr. Nildo Eimar de Almeida Aguiar, representante do INAMPS/MPAS. Integrei a equipe, por Portaria, na qualidade de especialista na área de Arquitetura do Sistema de Saúde, como uma das representantes da DIPLAN.

Conforme previa o texto original publicado no Diário Oficial da União, a atuação do Grupo de Trabalho teve lugar nos seguintes campos:

- *“programação de atividades, englobando a definição de objetivos e estratégias;*
- *elaboração de projetos de recuperação e reforma física das unidades;*
- *e estruturação administrativa.”*

Além da constituição desse Grupo de Trabalho com o objetivo de fortalecimento e profissionalização da área de planejamento e administração hospitalar, a DIPLAN subsidiou, entre 1982 e 1984, alguns eventos que agregavam a totalidade das unidades hospitalares do Ministério da Saúde, dentre os quais quatro *Encontros de Planejamento Hospitalar* e dois *Encontros de Dirigentes de Unidades Hospitalares do Ministério da Saúde*, que prepararam as bases para a estruturação de um Curso de Especialização em Administração e Planejamento Hospitalar em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, em 1984.

Em 1983 retornei ao Rio de Janeiro, permanecendo lotada no Centro Psiquiátrico Pedro II, onde atuava na reestruturação físico-funcional do complexo hospitalar, em especial, nas unidades Gustavo Riedel e Odilon Galotti, sem prejuízo das atividades de consultoria aos demais hospitais em co-gestão – principalmente, os hospitais psiquiátricos – como integrante do Grupo de Trabalho, permitindo-me atuar tanto em nível central como na ponta.

Entretanto, naquela época, em plena vigência das Ações Integradas de Saúde, minhas atividades não se restringiram às unidades hospitalares e pude enriquecer minha trajetória ao ter contato com a atenção primária em saúde, na ocasião em que apoiei, como voluntária, as iniciativas da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro de adaptar casas em comunidades faveladas, transformando-as em Mini-postos de Saúde⁵. Naquela época trabalhei com as Comunidades da Rocinha, do São Carlos, do Escondidinho, da Maré, dos Prazeres, entre outras, escolhendo casas, elaborando projetos de transformação e orientando as atividades de construção realizadas com material fornecido pela SMS e, em alguns casos, em regime de mutirão.

No segundo semestre de 1984, iniciei minha carreira como docente, introduzindo o tema da Gestão de Recursos Físicos e Tecnológicos em Saúde nos cursos de Gestão e Administração Hospitalar, quando a Arquitetura e a Engenharia Hospitalar são apresentadas aos Gestores de Serviços de Saúde.

⁵ A semelhante das atividades desenvolvidas atualmente pelo PROESF nas cidades acima de 100 mil habitantes, onde casas da comunidade são adaptadas para os Postos de Saúde da Família.

1.3 Primeiros passos rumo à questão da eficiência alocativa em saúde

Em 1987 aceitei o convite para assumir o cargo de Coordenadora de Estudos Especiais da Superintendência Regional do INAMPS no Rio de Janeiro, cujo Superintendente era o Dr. João Carlos Serra. À época, a Superintendência Regional havia recebido expressivo volume de recursos financeiros para obras de reforma e ampliação de suas unidades – dezesseis Hospitais e noventa e seis Postos de Assistência Médica (PAM) – distribuídos pelos municípios do estado do Rio de Janeiro. Ao todo foram elaborados mais de cem projetos arquitetônicos, tendo sido iniciado o processo de gerenciamento das respectivas obras.

Paralelamente, a equipe de arquitetos e engenheiros passou a apoiar a Comissão Perinatal, coordenada pela Prof^a Letícia Krauss, e a Comissão de Laboratórios de Análises Clínicas, coordenada pelo Prof. Edson Bosquevich, na reestruturação físico-funcional das maternidades e dos laboratórios de análises clínicas dos hospitais do INAMPS no estado do Rio de Janeiro, estando estes projetos entre aqueles citados acima.

Embora bastante curta, considero essa experiência extremamente positiva para a minha trajetória profissional. O trabalho desenvolvido possibilitou-me uma considerável ampliação do campo de atuação, sobretudo no âmbito do gerenciamento de contratos terceirizados tanto de obras como de manutenção. Isso, somado a minha experiência pregressa na área do planejamento em saúde e de arquitetura hospitalar, proporcionou-me uma percepção mais integral do processo de gestão de sistemas e redes de serviços de saúde, abrindo-se a possibilidade de estreitamento dos *links* entre a experiência profissional e a produção acadêmica, que foi iniciada em 1984.

Dentre as experiências, inovações e atividades relevantes desse período, destacam-se quatro, que julgo estruturantes para a minha trajetória profissional bem como definitivas na qualidade de fornecedoras de novas ferramentas para a composição de minha *caixa de ferramentas*:

- O detalhado e pioneiro sistema de informações montado para o gerenciamento das mais de cem obras em execução, com a implantação

de um sistema de controle de faturamento mensal para todas as obras envolvidas;

- A possibilidade de participar, em 1988, do *Encontro Internacional Diseño, Mantenimiento y Conservación de Unidades en Los Sistemas Locales de Salud (SILOS)*, organizado pela Oficina Sanitária Pan-americana (OPAS/OMS) em Havana/Cuba, onde tive meus primeiros contatos com as questões relativas aos equipamentos biomédicos;
- O contato com uma área até então desconhecida ao meu universo de atividades: a manutenção hospitalar. Ou seja, além daquelas relacionadas às obras e reformas das unidades próprias da Superintendência Regional, tornei-me gerente dos inúmeros Contratos de Manutenção Predial e de Equipamentos Hospitalares – terceirizados há mais de dez anos pelo INAMPS –, tendo a possibilidade de criticá-los e de desenhar uma nova lógica de Contratação desses Serviços Continuados;
- A estruturação de uma equipe de Engenheiros e de Arquitetos egressos do mercado com substancial conhecimento de arquitetura e da construção civil e comprometidos com a ‘causa pública’, além de disponíveis para o aprendizado empírico na área da saúde.

Entre os anos de 1988 e 1991 estive cedida à Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, passando parte desse tempo na Subsecretaria de Planejamento, como arquiteta, e dois anos como Coordenadora da Coordenadoria de Engenharia Clínica e Arquitetura Hospitalar (CEA/SES), que constituiu minha primeira experiência profissional fora da esfera federal, embora mantivesse a equipe estruturada no INAMPS, o que possibilitou:

- a intensificação das atividades de capacitação em serviço da equipe de engenheiros e arquitetos na área hospitalar – empírica, porque se deu na atuação direta nos hospitais envolvidos e dentro do escritório da CEA, reproduzindo o que havia aprendido na DIPLAN;
- o criativo período em que a CEA apoiava a equipe de Planejadores da SES na elaboração das Propostas Orçamentárias das Secretarias Municipais de Saúde e;

- as intensas discussões com o Programa de Sangue e Hemoderivados.

No ano de 1992 aceitei o convite da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) para integrar a Comissão de Co-gestão do Hospital Geral de Bonsucesso, vinculado ao Ministério da Saúde, com o cargo de Assessora Técnica da Divisão de Administração e Substituta do Diretor Administrativo. A Comissão de Co-gestão era composta de seis membros: três dos quadros do hospital, que eram responsáveis pela Direção Geral da Unidade, e três vinculados à SMS, respondendo pela Direção Administrativa.

Embora curta, foi uma experiência gratificante, pois me permitiu atuar diretamente na administração de um complexo Hospital Geral de Grande Porte, com aproximadamente 500 leitos, tendo como Administrador o Dr. Walter Vieira Mendes Júnior. Minha ação concentrou-se principalmente na reformulação dos contratos terceirizados de manutenção, o que tornou possível a revisão dos contratos de manutenção predial e de equipamentos biomédicos, além da introdução de novos parâmetros para a contratação desses serviços continuados. Ainda pude incluir outros contratos terceirizados, além dos de manutenção, tais como: contratos de limpeza, de vigilância, de alimentação e lavagem de roupa, quando conseguimos, em média, uma redução de 30% no valor desses contratos. De qualquer modo, nesse momento pude dar continuidade, mesmo que de modo pontual, ao trabalho iniciado em 1987 nos hospitais do INAMPS.

As experiências de trabalho entre 1987 e 1992 e, principalmente, o desmantelamento das estruturas criadas para acompanhamento e controle dos gastos públicos, de capital nas obras e de custeio nos contratos terceirizados, me colocaram em situação de intenso desconforto no que se refere a como o poder público gasta seus poucos recursos nas questões de infra-estrutura. Do PLUS ao Hospital Geral de Bonsucesso fui co-participante da alocação de ‘muito dinheiro’ para a infra-estrutura de saúde, sobretudo para as unidades hospitalares. Como técnica da área percebia que, toda vez que me aproximava da possibilidade de mergulhar fundo e abrir essa **caixa preta** que é a alocação de recursos financeiros em saúde, a possibilidade me escapava. Como cidadã, sentia que de nada adiantava tanto esforço, uma vez que os hospitais

continuavam deteriorados e, por vezes, sujos e sem controle. Bastava ler os jornais para saber as denúncias.

Desiludida com o fato de ver 'tanto dinheiro gasto pra nada' e muito distante da animada adolescente que queria implantar marca-passo por aí, ingressei em 1994 no Curso de Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública com a disposição de estudar e repensar minha trajetória e prática profissional. Procurei resgatar os estudos acerca dos contratos de manutenção predial iniciados em 1987 com as unidades antes vinculadas ao INAMPS, defendendo, em 1996, a dissertação: *Terceirização nos hospitais públicos: mais um problema ou uma possível solução?*

Em linhas gerais, o estudo envolveu os dezessete hospitais federais vinculados à Coordenação Geral de Unidades Hospitalares Próprias (CGUHP/EREJ/MS), enfocando o processo de terceirização de serviços das seguintes atividades de suporte à assistência médico-hospitalar: fornecimento e preparo de alimentos, lavagem de roupas, limpeza, vigilância e, sobretudo, manutenção dos recursos físicos em saúde. O objetivo geral da pesquisa foi verificar a existência de parâmetros técnicos para o dimensionamento das necessidades de serviços e o seu custo. Os resultados apresentados podem ser resumidos em três principais pontos:

- - a constatação da irreversibilidade do processo de terceirização desses serviços naquelas unidades;
- - a inexistência de balizamento técnico, de quantidade e preço, na estruturação da totalidade dos contratos estudados e;
- - a ausência de mecanismos de monitoramento e controle aparentes no gerenciamento desses contratos.

Entretanto, as inquietudes que me dominavam não foram satisfeitas com os estudos do mestrado. Essa escolha me propiciava entender e abordar apenas um dos aspectos relevantes de minha trajetória na saúde: a Manutenção Hospitalar e os recursos de custeio. A Arquitetura Hospitalar e o Planejamento em Saúde, caminhos trilhados no início da carreira, passavam à margem das questões específicas do objeto de estudo no mestrado. Era como se o

momento fosse o de realizar um balanço do que havia conseguido conquistar desde o dia em que resolvi que gostaria de viver a vida profissional na Saúde.

Em março de 1997, fui convidada pela Dra Ana Tereza, da Coordenação Geral do Projeto Reforço à Reorganização dos SUS à época, para estruturar e coordenar a Unidade de Apoio Técnico Regional III (UATR III), sediada no Rio de Janeiro e responsável pelos projetos de financiamentos das Regiões Sul e Sudeste do país. O Projeto ReforSUS, idealizado e coordenado pelo Ministério da Saúde, constituiu o maior projeto de investimentos em saúde no Brasil e recebeu financiamento do BIRD e BID.

A UATR III, responsável pelos estados do Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, contou com equipe diversificada, composta de um médico sanitário, um administrador, três arquitetos e dois engenheiros, e era organizada de modo a integrar as diferentes abordagens no processo de análise, aprovação, acompanhamento e supervisão da execução, bem como, em caráter inovador, da avaliação dos resultados dos investimentos.

Na realidade, para mim, essa nova possibilidade de trabalho representou, naquele momento, quase que o coroamento de um processo ou o fechamento de um ciclo, uma vez que, a partir de minha inclusão no Projeto ReforSUS, tive a sensação 'de retorno ao ponto de partida', pois estava novamente trabalhando em um projeto de investimentos, como havia sido o PLUS em 1977.

Responsável, no período que vai de abril de 1997 a outubro de 2003, por quase 500 subprojetos de investimentos, o que envolvia aproximadamente R\$ 400 milhões, possuía um terreno fértil para o desenvolvimento de estudos e pesquisas relativas ao uso racional e otimizado do dinheiro público.

Pensava que, se fosse apoiada pela Coordenação Geral do Projeto, poderia resgatar todos os instrumentos e ferramentas de monitoramento, controle e avaliação de intervenções em infra-estrutura física e tecnológica que havia desenvolvido ao longo de minha trajetória pela saúde. Com o instrumental teórico adquirido no mestrado, mais as ferramentas da epidemiologia e da avaliação de serviços, seria possível repensar caminhos e construir novas

abordagens, dando continuidade às discussões sobre *eficiência na alocação de recursos*, iniciadas no mestrado.

Dessa forma, paralelamente ao trabalho de rotina da Unidade, iniciei o desenvolvimento de uma metodologia de avaliação para os investimentos do Projeto com o intuito de apresentá-la como Projeto de Doutorado na Escola Nacional de Saúde Pública em outubro de 2000.

O Projeto desenvolvido inicialmente, e qualificado em novembro de 2002, recebeu o título de *Estruturação de Metodologia para Avaliação da Contribuição do Projeto ReforSUS na Melhoria do Acesso na Área da Atenção ao Neonato*, tendo como objeto de estudo os investimentos do Projeto ReforSUS para a ampliação e a qualificação da oferta de Serviços de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

A idéia inicial era a de averiguar os efeitos dos investimentos do Projeto em alguns serviços de terapia intensiva neonatal, para os quais haviam sido selecionados alguns indicadores de processo e resultados, tais como: mortalidade hospitalar neonatal por semana gestacional/mês e taxa de encaminhamento de neonatos para outros serviços/mês.

Entretanto, sem respaldo institucional para a continuidade da pesquisa qualificada em 2002, “direcionei” os trabalhos feitos na parte da estruturação de metodologia para a avaliação de resultados dos investimentos em uma unidade federada, no contexto dos seis estados vinculados à UATR III, dando início à pesquisa ora apresentada.

Na realidade, a Secretaria Estadual de Saúde do estado de Minas Gérias, em 1997, já havia encaminhado suas cartas-consulta organizadas por macrorregião e diretorias regionais de saúde, instigando-me a escolhê-la como a unidade federal a ser estudada.

CAPÍTULO II. METODOLOGIA

A divisão territorial do trabalho cria uma hierarquia entre lugares e redefine, a cada momento, a capacidade de agir das pessoas, das firmas e das instituições.

(SANTOS e SILVEIRA, 2001:21)

Este trabalho constitui-se de estudos, de caráter descritivo, dos investimentos na Rede Física do Sistema Único de Saúde, com foco naqueles realizados pelo Projeto ReforSUS, partindo-se da caracterização geral do Projeto em termos nacionais e aprofundando-se questões relativas à distribuição dos investimentos nas Regiões Sul e Sudeste – em especial, no estado de Minas Gerais – e à sustentabilidade e efeitos do Projeto na análise dos investimentos na Macrorregião de Saúde de Montes Claros, Minas Gerais.

O estudo baseia-se em dados secundários, desenvolvidos no contexto do próprio Projeto ReforSUS, com vistas ao monitoramento dos investimentos realizados. No decorrer do processo houve descontinuidade na coleta de alguns dados, o que justifica a opção por incorporar aqui informações, às vezes, de períodos diferenciados.

A pesquisa, de caráter exploratório, se desenvolveu entre os anos de 2001 e 2004, fazendo-se a apropriação dos dados disponíveis em cada período de coleta, conforme detalhado nos subitens deste capítulo.

A metodologia adotada fundamentou-se em um *mix* de abordagens quantitativa e qualitativa para responder aos objetivos desta pesquisa, em que as transformações na infra-estrutura física e tecnológica configuram o material de estudo privilegiado.

Na parte da pesquisa relativa à estruturação da Rede Física de Saúde no Brasil – objeto do Capítulo III – diversas técnicas para coleta de dados foram empregadas, tais como: informante chave, pesquisa de campo, pesquisa documental, entrevistas, revisão bibliográfica, pesquisas a bancos de dados e na Internet, entre outras fontes. Foram utilizadas diversas figuras, representando unidades de saúde construídas ao longo do processo de

expansão da Rede Física de Saúde, com o objetivo de ilustrar as transformações morfológicas na arquitetura dos edifícios hospitalares ocorridas em cada período. Conforme disse Mies Van Der Rohr, um dos precursores da BAUHAUS⁶, “A arquitetura é a vontade de uma época concebida em termos espaciais.” (GROPIUS,1972)

A análise do material relativo ao Projeto ReforSUS se baseou nas premissas de Cohen e Franco (1994) e no método preconizado por Donabedian (1980), no qual o autor caracteriza três níveis de análise, que estão relacionados abaixo.

Em relação a essa técnica utilizou-se o banco de dados do Projeto Reforsus para os subprojetos focalizados na Macrorregião de Saúde de Montes Claros (Capítulo VI), em especial, o módulo de avaliação de resultados, onde se encontram discriminados os indicadores e metas pactuados nas oficinas de trabalho realizadas durante a vigência do Projeto.

O nível de análise utilizado na pesquisa é:

- Avaliação da Estrutura: compreende as condições de estrutura física, os recursos tecnológicos e organizacionais dos serviços;

No que diz respeito às categorias de análise construídas a partir das orientações de Cohen e Franco (1999) para Políticas Sociais, foram utilizadas, nesta pesquisa, as discriminadas a seguir, para análise da totalidade dos investimentos do Projeto ReforSUS:

⁶ Construída na Alemanha em 1919, a Bauhaus encarna o ideal e o projeto de unir engenheiros, arquitetos, pintores, artesãos, designers e artistas industriais, pesquisando e construindo protótipos a serem produzidos em escala industrial, atendendo, por um lado, as necessidades da sociedade alemã e, por outro, o ideal comunitário de levar a arte moderna a todos os níveis sociais, criando assim o artista-artesão. A Bauhaus nasceu da fusão das Escolas de Artes e Ofícios e Belas Artes de Weimar e teve como principal idealizador e articulador o arquiteto Walter Gropius, que no famoso programa da Escola de Bauhaus, lançava as bases da nova arquitetura, que marcaria o século XX, além do desenvolvimento de designers ligado à produção industrial. Centro irradiador de novas tendências, a Bauhaus foi composta por um corpo de docentes que causou profundo impacto na arte do século XX, entre os quais Walter Gropius, Johannes Itten, Lyonel Feininger, Paul Klee, Wassily Kandinsky, Joseph Albers, Marcel Breuer, Herbert Bayer, Hinnerk Scheper, Gunta Stölzl, Joost Schmidt, Hannes Meyer, Ludwig Hilberseimer, Alfred Arndt, Ludwig Mies Van Der Rhor, além de alunos que tiveram importante papel na estética do século XX, como Willi Baumeister, Fritz Winter e Max Bill, os quais fundaram na década de 1950, em Ulm, Alemanha, a *Hochschule für Gestaltung* (Escola Superior da Forma).

- A prática de uma política compensatória: conforme Cohen e Franco “*Na disputa entre universalismo e seletividade se opta pela segunda, pois o primeiro trata da mesma maneira casos diferentes. A equidade aconselha a não aplicar a mesma solução a situações distintas*” (COHEN e FRANCO, 1999:30);
- O aumento da eficiência do gasto social. Dizem Cohen e Franco: “*É preciso se preocupar em aumentar a eficiência na utilização dos recursos disponíveis e incrementar a eficácia na consecução dos objetivos dos projetos que são com eles financiados*” (COHEN e FRANCO, 1999:31);
- A preocupação com a relação oferta/demanda, de modo a garantir a plena utilização dos serviços. Isto significa: “*Conseguir que os serviços alcancem realmente os supostos beneficiários exige analisar o modo em que estes são ofertados e os problemas de demanda que afetam seus potenciais destinatários.*” (COHEN e FRANCO, 1999:31);
- O incremento no avanço do conhecimento técnico. Para Cohen e Franco este incremento significa construir eficientes instrumentos para a realização do diagnóstico, melhorar os sistemas de informação e criar mecanismos de avaliação. Segundo eles: “*A política social, como qualquer outra, tem um elemento político e outro técnico. A vontade política de levar adiante determinadas ações depende de considerações que são alheias a esta discussão. Mas os técnicos podem facilitá-la mediante recomendações viáveis e eficientes*” (COHEN e FRANCO, 1999:33);
- A construção de uma nova institucionalidade. Como última de suas considerações, Cohen e Franco abordam a questão da gestão dos projetos sociais, e sugerem o estabelecimento de uma autoridade que fixe prioridades e coordene as instituições envolvidas, embora privilegie a construção de uma rede descentralizada e desconcentrada para sua implementação, além de considerar relevante a participação dos usuários. Tais orientações se embasam na constatação de que: “*A administração dos programas e projetos sociais apresenta problemas especialmente difíceis*” (COHEN e FRANCO, 1999:34);

2.1 Considerações sobre o Método

O Projeto de Reforço à Reorganização do SUS, (Projeto ReforSUS) foi criado em meio ao paradigma da atualização tecnológica iniciado na década de 1980, tendo como uma das finalidades reorganizar a oferta de serviços da Rede SUS através da realização de obras de adequação física na infra-estrutura das unidades e da substituição e aquisição de equipamentos biomédicos e hospitalares, com vistas a incrementar quantitativa e qualitativamente a oferta de serviços. Desse modo, esta oferta seria favorecida tanto em seu potencial de cobertura populacional quanto no de resolutividade.

O suposto é que tais melhorias na oferta de serviços – em condições de sua sustentabilidade – gerariam impacto positivo sobre o nível de saúde da população, na medida em que correspondam a uma necessidade real, ou seja, na medida em que supram um déficit real nessas áreas seja em cobertura, em possibilidade de acesso ou em resolutividade. Do contrário, a ampliação da oferta de serviços seria, no mínimo, supérflua para o nível de saúde da população.

Nesse contexto, o conceito de sustentabilidade aqui adotado comporta as seguintes dimensões:

- O fato de existir evidência de demanda a ser atendida compatível com a capacidade operacional dos investimentos;
- A existência de capital humano em quantidade e qualidade compatíveis com a operação e a manutenção dos recursos físicos e tecnológicos incorporados;
- A existência de recursos financeiros para o custeio da operação, assim como para a conservação e manutenção dos investimentos.

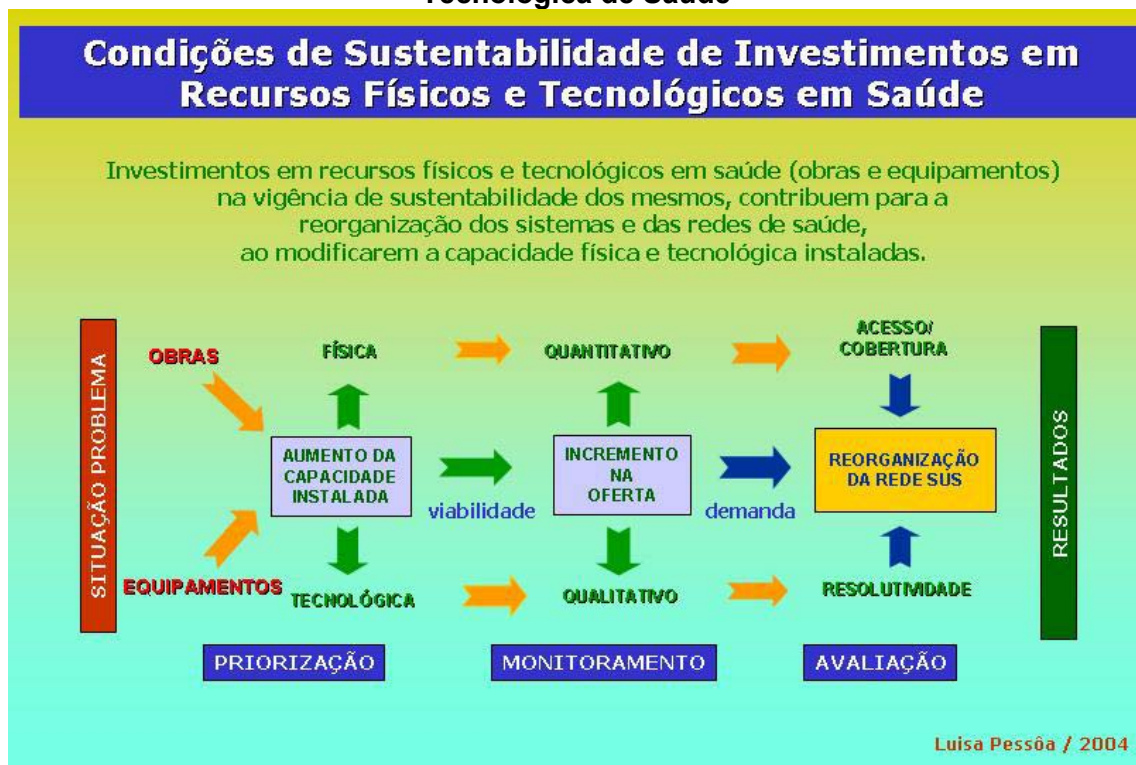
O problema da avaliação dos efeitos do Projeto pode ser situado, portanto, no plano do **resultado sobre a oferta de serviços**, que concerne a uma medição dos ganhos tanto em capacidade física quanto em capacidade tecnológica proporcionados pelos investimentos. A sua projeção em termos de ganhos em produção e na qualidade dos serviços assistenciais – prováveis, na vigência de padrões estáveis de produtividade – seria expressa por meio de taxas e de indicadores de desempenho hospitalar, além de taxas relativas à

movimentação da população na busca do serviço – impacto no sistema local e na clientela.

A estimativa de **resultado sobre a oferta** será analisada a partir da verificação da ampliação da capacidade física instalada por população atendida (incremento na cobertura), assim como do exame da ampliação da capacidade tecnológica instalada (incremento na resolutividade), igualmente por população atendida.

A Figura 2.1 é uma tentativa de ilustrar as modificações possíveis face ao tipo de investimento ocorrido:

FIGURA 2.1 – Condições de Sustentabilidade de Investimentos na Rede Física e Tecnológica de Saúde



No entanto, a variação de capacidade tecnológica apresenta problemas metodológicos mais complexos, que decorrem da dificuldade de relacionar, de forma mensurável, o emprego de novas tecnologias – equipamentos e procedimentos – com os incrementos de resolutividade daí decorrentes. A abordagem pretendida é mais qualitativa e aproximada, assumindo-se genericamente, a partir de evidências, que a melhor aparelhagem das unidades gerará maior resolutividade.

Assim há dois problemas metodológicos principais para a determinação de necessidades de serviços/recursos: um, de natureza conceitual e outro, de natureza operacional.

O primeiro, diz respeito à escolha de um “padrão-ouro” para expressar a situação ideal a ser alcançada, em termos de quantidade ideal de recursos para cumprir o nível ideal de produção de serviços, de maneira a assegurar um nível ótimo de saúde. No Brasil, a tentativa mais abrangente é a Consulta Pública nº 01, do Ministério da Saúde, publicada em 2000. Dois problemas são imediatos, e restringem a sua aplicação de forma automática; são eles:

- Os avanços tecnológicos fazem alterar com rapidez diversos parâmetros – por exemplo, vários tempos médios de permanência poderão ser diminuídos pela incorporação de tecnologias, como é o caso do arco cirúrgico, que reduziu o Tempo Médio de Permanência (TMP) nos casos de cirurgia ortopédicas;
- O fato de que tanto a demanda por serviços quanto o perfil tecnológico da oferta variam fortemente nas diferentes regiões e, mesmo, entre macro e microrregiões.

O segundo problema metodológico é de caráter operacional e corresponde às dificuldades geradas pelos ainda precários sistemas estaduais de informação e de programação, que trabalham pouco com necessidades assim determinadas e não dispõem correntemente das informações indispensáveis a essa abordagem. Além disso, como detalhado posteriormente, as decisões alocativas no Reforsus foram fortemente descentralizadas para as esferas estaduais e municipais, as quais, ao receberem a delegação para estabelecer prioridades, o fizeram a partir de tetos orçamentários predefinidos em nível central e segundo os próprios diagnósticos de necessidades, sem levar em conta exigências outras que as de consistência técnica e formal dos projetos.

Em resumo, estima-se que o conjunto de investimentos viabilizados pelo Reforsus desencadeie resultados positivos sobre a capacidade operacional e gerencial dos serviços de saúde, sobre o desenvolvimento institucional do SUS e sobre a saúde da população abrangida, conforme a seguinte lógica:

- cada investimento realizado, seja em obras ou na aquisição de equipamentos, pressupõe uma modificação na infra-estrutura física instalada, com provável incremento na oferta de serviços;
- investimentos em equipamentos sugerem, além do aumento quantitativo da oferta, a incorporação de tecnologias mais modernas com reflexos na qualidade dos serviços prestados e na resolutividade das ações assistenciais;
- investimentos em projetos de modernização gerencial objetivam melhoria da gestão das instituições, de forma a torná-las mais eficientes, o que garantiria maior eficácia de seus serviços junto à população;
- com a ampliação da oferta dos serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade, propicia-se maior cobertura assistencial à população abrangida pela Unidade de Saúde.

2.2 Níveis de Análise Adotados

As instituições de saúde, ao implementarem novas tecnologias ou ao propiciarem o aumento da oferta quantitativa de serviços, devem alterar a dinâmica dos serviços que compõem os sistemas locais/regionais e estaduais de saúde. Assim, é esperado que o incremento nos serviços impulse melhorias na atual estrutura da oferta em direção aos princípios constitucionais de universalização e equidade.

Dessa forma, a escolha dos Níveis de Análise baseou-se nos critérios de conveniência e de oportunidade no que tange ao acesso aos bancos de dados existentes, considerados compatíveis com o caráter exploratório da pesquisa.

Outrossim, uma vez que o objetivo desta pesquisa é o de estruturar uma metodologia para a avaliação dos resultados de investimentos feitos para a reorganização dos sistemas locais e regionais de saúde, cabe destacar que, para os investimentos que envolvem os estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Paraná e Rio Grande do Sul, procurou-se distinguir investimentos focalizados no incremento da capacidade física e tecnológica instaladas dos investimentos com foco na recuperação e modernização da capacidade instalada já existente nas unidades beneficiadas, com base nas seguintes questões, consideradas relevantes para o objeto estudado:

➤ Características dos leitos incrementados – leitos novos:

- Não credenciados pelo SUS;
- Sem previsão de teto financeiro;
- Sem Recursos Humanos (RRHH) previstos;
- Sem tradição de oferta do serviço na Unidade.

➤ Características dos leitos reaparelhados – leitos existentes:

- Já credenciados pelo SUS, mesmo que parcialmente;
- Com previsão de teto financeiro, mesmo que parcialmente;
- Com RRHH previstos, mesmo que, por vezes, qualitativa e quantitativamente abaixo do necessário para a operação dos novos equipamentos;
- Com tradição de oferta do serviço na Unidade.

No aprofundamento da coleta e análise de dados da Macrorregião do Norte de Minas – usando-se, sobretudo, os dados oficiais do Projeto ReforSUS – buscou-se evidenciar resultados mais “palpáveis”, focalizando-se uma experiência mais porosa e permeável às análises propostas.

2.2.1 Nível 1: Panorama dos Investimentos na construção da Rede SUS – Capítulo III

➤ **Foco:** Estruturação da Rede Física de Saúde no Brasil

➤ **Variáveis:**

- Distribuição territorial e temporal da expansão das unidades hospitalares, ambulatoriais e de diagnóstico e terapia desde o século XV;
- Identificação de cortes transversais envolvendo investimentos relevantes em unidades de saúde, com vistas à delimitação de marcos temporais relevantes para a expansão dos serviços.

➤ **Para este nível de análise foram utilizadas as seguintes fontes:**

- Microdados da Pesquisa Assistência Médica Sanitária/IBGE;
- Arquivos institucionais e pessoais;
- Bibliografia disponível.

2.2.2 Nível 2: Caracterização Nacional do Projeto ReforSUS – Capítulo IV

➤ **Foco:** Brasil

➤ **Variáveis:**

- Distribuição dos investimentos entre as Áreas Programáticas do Projeto Reforsus;
- Distribuição geral dos investimentos entre as áreas consideradas estratégicas pelo Ministério da Saúde – Investimentos Estratégicos;
- Distribuição inicial e final dos investimentos, entre as unidades federadas;
- Distribuição dos investimentos por porte dos municípios contemplados;
- Distribuição dos Investimentos por Categoria (Obras, Equipamento e Modernização Gerencial) e por Área Programática.
- Compatibilização entre os municípios contemplados com investimentos e os Planos Diretores de Regionalização de cada unidade federada.

➤ **Para este nível de análise foram utilizadas as seguintes fontes:**

- Banco de dados do Projeto Reforsus – posição: julho de 2004;
- Banco de Dados do Projeto ReforSUS – Relatório Processo de Avaliação dos Subprojetos Concluídos – posição; 5 de julho de 2004;
- Relatório Final do Projeto ReforSUS – março de 2004;
- Planos Diretores de Regionalização das Unidades Federadas – posição: março de 2004;
- Banco de Dados do DATASUS – posição: março de 2004.

2.2.3 Nível 3: Caracterização da Implementação do Projeto ReforSUS nas regiões Sul e Sudeste – Capítulo IV

➤ **Foco:** Rio de Janeiro, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul – Capítulo IV

➤ **Variáveis:**

- Distribuição dos investimentos entre as Áreas Programáticas do Projeto Reforsus;
- Distribuição dos investimentos, por Macrorregiões de Saúde do Plano Diretor de Regionalização;

- Investimentos voltados para o incremento potencial da capacidade física e tecnológica instalada por Macrorregião de Saúde;
- Investimentos voltados para a recuperação e a modernização da capacidade física e tecnológica instalada existente por Macrorregião de Saúde;
- Condições de execução e de sustentabilidade dos Investimentos.
 - **Para este nível de análise foram utilizadas as seguintes fontes:**
- Banco de dados da Unidade de Apoio Técnico Regional III do Projeto Reforsus – posição: outubro de 2001;
- Banco de Dados do Projeto Reforsus – posição: outubro de 2001
- Banco de Dados do Projeto ReforSUS – Relatório Processo de Avaliação dos Subprojetos Concluídos – posição; 5 de julho de 2004;
- Planos Diretores de Regionalização das Unidades Federadas – posição: 2001.

2.2.4 Nível 4: Caracterização da implementação do Projeto ReforSUS no estado de Minas Gerais – Capítulo V

- **Foco:** Macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais
- **Variáveis:**
- A pertinência dos investimentos realizados, face ao perfil epidemiológico da população expresso pela Mortalidade Materna por Diretoria Regional de Saúde em 1998 e o IDH-Municipal de 2002. Esta análise questionou se, para o conjunto de investimentos, houve concentração nas regiões de saúde em que são precárias as condições sanitárias, contribuindo para uma distribuição que privilegie a equidade;
- A pertinência e relevância dos investimentos do ponto de vista da reorganização dos sistemas loco-regionais de saúde, analisando-se em que medida os investimentos contribuíram para a mudança de papéis das unidades beneficiárias nas redes loco-regionais:
 - Papel dos municípios contemplados com investimentos na organização do Sistema de Saúde anterior à NOAS;
 - Papel dos municípios contemplados com investimentos no Plano Diretor de Regionalização/NOAS.

- A capacidade de funcionamento do conjunto de instituições beneficiadas, com vistas à verificação da capacidade de sustentabilidade dos investimentos.

- **Para este nível de análise foram utilizadas as seguintes fontes:**

- Banco de dados da Unidade de Apoio Técnico Regional III do Projeto Reforsus – posição: julho de 2002;
- Banco de Dados do Projeto Reforsus – posição: julho de 2002;
- Banco de Dados do Projeto ReforSUS – Relatório Processo de Avaliação dos Subprojetos Concluídos – posição: 5 de julho de 2004;
- Planos Diretores de Regionalização das Unidades Federadas – posição: 2001.

2.2.5 Nível 5: Caracterização da implementação do Projeto ReforSUS na Macrorregional de Saúde do Norte de Minas – Capítulo VI

- **Foco:** Subprojetos da macrorregião de saúde do Norte de Minas

- **Variáveis:**

- O desempenho pós-funcionamento das unidades beneficiadas pelos investimentos do Projeto Reforsus na Macrorregional.

- **Para este nível de análise foram utilizadas as seguintes fontes:**

- Banco de dados da Unidade de Apoio Técnico Regional III do Projeto Reforsus – posição: julho de 2002;
- Banco de Dados do Projeto Reforsus – posição: julho de 2004 – abrangendo os Módulos de Supervisão de Obras, Supervisão de Equipamentos e Avaliação de Resultados, dos quais foram extraídos Laudos e Relatórios Gerenciais, com vistas a evidenciar à capacidade de funcionamento das unidades beneficiadas com investimentos;
- Planos Diretores de Regionalização das Unidades Federadas – posição: 2001.

Cabe destacar que, para todos os níveis de análise, a coordenadora regional da UATR III foi considerada informante-chave e fonte relevante para a pesquisa, disponibilizando suas experiências e seus textos, os quais, ao longo dos

capítulos de resultados, serviram de balizadores para algumas análises dos dados coletados.

2.3 Considerações sobre os Bancos de Dados e os Períodos de Análise

2.3.1 Sistema de Informação do Projeto Reforsus

Em relação ao Sistema de Informação do Projeto Reforsus utilizou-se apenas o Relatório 25 como fonte para a obtenção de dados sobre a totalidade dos subprojetos do estado de Minas Gerais, ao passo que, para os subprojetos da Regional de Montes Claros, se aprofundaram as análises, envolvendo dados de todos os banco de dados citados a seguir, sobretudo os módulos de acompanhamento e avaliação dos subprojetos, focalizando os seguintes relatórios gerenciais:

- *Relatório 25 – Histórico da Situação dos Subprojetos – Projetos Aprovados:* este relatório consolida no tempo as ações e atividades realizadas por cada unidade beneficiada com investimentos, além de conter os comentários e deliberações das equipes da Unidade de Gerência do Projeto e Unidade de Apoio Técnico Regional. Estruturado conforme as categorias de investimentos (rubricas) padronizadas pelo Projeto - Obras, Equipamentos, Unidade Móvel, Equipamentos para Modernização Gerencial e Consultoria para Modernização Gerencial. Este relatório foi utilizado em todos os níveis de análise. Posição: 6 de julho de 2004.
- *Relatório de Indicadores de Avaliação Monitorados:* este relatório consolida os indicadores e metas de desempenho pactuadas entre o beneficiário e o Projeto Reforsus nas oficinas de avaliação de resultados e informa, por indicador e mês a mês, os resultados alcançados. Afora essas informações, outras se encontram disponíveis no relatório, tais como: população do município, estágio de execução, informes sobre supervisão de equipamentos. Este relatório foi utilizado no nível cinco de análise. Posição: julho de 2004.
- *Relatório de Avaliação – Laudo:* este relatório consolida as informações contidas nos anteriores, à guisa de sumário, e permite a emissão de

Parecer Técnico da equipe de sanitaristas do Projeto, além de apontar as providências a serem tomadas pela instituição beneficiária, Secretaria Estadual de Saúde e Unidade de Gerência do Projeto, com vistas a corrigir problemas. Este relatório integra ainda a Avaliação Final do Subprojeto, juntamente com os Relatórios de Prestação de Contas, observando-se que este último não foi utilizado nesta pesquisa. Este relatório foi utilizado no nível cinco de análise. Posição: julho de 2004.

- *Relatório Processo de Avaliação dos Subprojetos Concluídos*: este relatório oferece quatro versões de consolidação por UF, abrangendo as quatro Áreas Programáticas do Projeto ReforSUS –Readequação Física e Tecnológica da Rede Assistencial, Programa de Saúde da Família, Ampliação da Capacidade e Melhoria da qualidade da Rede Hematológica e Hemoterápica e Ampliação da Capacidade e Melhoria da Qualidade dos Laboratórios de Saúde Pública. O Objetivo do Relatório é informar a Situação dos Subprojetos Concluídos no Processo de Avaliação, envolvendo as seguintes categorias de análise: (a) Total de Subprojetos: (i) Aprovados e (ii) Concluídos; (b) Linha de Base: (i) SIM e (ii) NÃO; (c) Situação dos Subprojetos no Processo de Avaliação: (i) Em Execução, (ii) Metas Atingidas, (iii) Tendências de Cumprimento, (ix) Problemas de Funcionamento, (v) S/ Capacidade de Funcionamento, (vi) Indicadores Não Pactuados, (vii) Não Informou Medições e (viii) A Iniciar Monitoramento. Este relatório foi utilizado no nível cinco de análise. Posição: 5 de Julho de 2004.
- *Relatório Síntese de Execução de Obras*: este relatório – utilizado aqui apenas para os subprojetos que envolvam obras – além de incluir uma foto da unidade, contém dados sumários sobre o contrato de obra firmado entre a instituição beneficiária e a empresa executora, bem como emite parecer sobre a qualidade da obra concluída. Este relatório foi utilizado no nível cinco de análise. Posição: novembro de 2004.

2.3.2 Banco de Dados da Unidade de Apoio Técnico Regional III

Este banco de dados limitou-se a consolidar os dados relativos aos subprojetos vinculados aos estados sob a gestão da Unidade Regional Sul e Sudeste, excetuando-se o estado de São Paulo. Sua estruturação distingue-se do banco

de dados oficial do Projeto Reforsus por conter dados relativos tanto ao incremento da capacidade instalada pelos investimentos – neste aspecto, é compatível com o banco de dados oficial – como aqueles relativos à capacidade instalada modificada (e sem acréscimo) – os quais são desprezados pelo banco de dados oficial.

Desta forma, as análises apresentadas nos Capítulos IV e V utilizam dados coletados em períodos diferentes, a saber:

- Posição dos dados analisados no Capítulo IV, que envolvem a totalidade dos subprojetos dos estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande Sul, basearam-se nos dados acerca dos subprojetos na posição de julho de 2001.

Neste momento, cabe destacar que se optou pela utilização dos dados contidos neste banco de dados paralelo, mesmo com as diferenças quanto à data de coleta dos dados, pelas seguintes razões:

- A partir de 2003, com a supressão de alguns dados do Banco de Dados Oficial por determinação da Unidade de Acompanhamento e Avaliação do Projeto Reforsus (responsável pelo controle do módulo avaliação) e a desativação do banco de dados paralelo da UATR III, restaram como fonte apenas os relatórios elaborados pela Unidade Regional Sul e Sudeste;
- Entre os anos de 2001 e 2003, os dados disponíveis de cada estado foram organizados e distribuídos pelas Macrorregiões de Saúde estruturadas a partir dos Planos Diretores de Regionalização. Com a desativação e a supressão de alguns dados, descrita acima, foi impossível a atualização das tabelas. Por sua vez, a supressão dessas tabelas do escopo da pesquisa inviabilizaria a riqueza das análises apresentadas;
- Como se trata de análise aproximada da distribuição dos investimentos no interior de cada estado e da pertinência dos investimentos face ao perfil epidemiológico do estado de Minas Gerais e levando-se em conta que as análises aqui apresentadas são as únicas existentes, até o momento, que associam alocação de recursos com o processo de

regionalização implantado no país, optou-se por manter as tabelas, mesmo com as possíveis diferenças, em função do período de coleta dos dados;

- Face ao sistema de coleta de dados para alimentação do banco de dados paralelo da UATR III, que envolveu a totalidade dos técnicos da Unidade Regional em suas visitas de supervisão de obras e equipamentos, além do esforço específico da equipe de avaliação, a autora considerou os dados pertinentes e passíveis de serem utilizados nas análises sem prejuízo significativo dos resultados obtidos, uma vez que o mais importante da pesquisa é o método de avaliação proposto.

CAPÍTULO III. A GÊNESE DA REDE SUS

Há uma idade científica das técnicas, a data em que, num laboratório, elas são concebidas. Mas isso pode ter apenas importância para a história da ciência. E, ao lado dessa idade científica, há a idade propriamente histórica, a data em que, na história concreta, essa técnica se incorpora à vida de uma sociedade. Na realidade, é aqui que a técnica deixa de ser ciência para ser propriamente técnica. Esta somente existe quando utilizada.

(SANTOS, 2002:57)

3.1 Introdução

Segundo a Pesquisa sobre a Assistência Médica no Brasil, realizada pelo IBGE⁷ em 2002, o Brasil possui 67.612 instituições de saúde. Entretanto, destas, apenas 47.611 integram a Rede do Sistema Único de Saúde, a Rede SUS, conforme expõe a Tabela 3.1.

TABELA 3.1 – Conformação da Rede SUS, envolvendo as categorias de unidades com internação, unidades sem internação e unidades exclusivamente de diagnóstico e terapia. Brasil – 2002

Natureza	Tipo de Unidade de Saúde em atividade 2002			TOTAL
	Com Internação	Sem Internação	Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia (SADT)	
REDE SUS	5.881	36.512	5.218	47.611
TOTAL DE UNIDADES	7.423	46.705	13.484	67.612

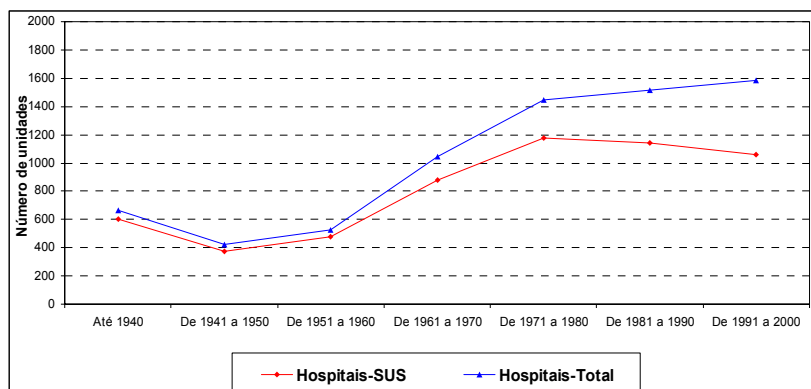
OBS.: A Rede SUS envolve as instituições públicas, as instituições privadas sem fins lucrativos e as instituições privadas com fins lucrativos e atendimento SUS (dupla porta).

Fonte: AMS / IBGE / 2002

A criação dessas unidades de saúde ao longo do século pode ser observada nos Gráficos 3.1, 3.2 e 3.3 e nas Figuras 3.1 e 3.2.

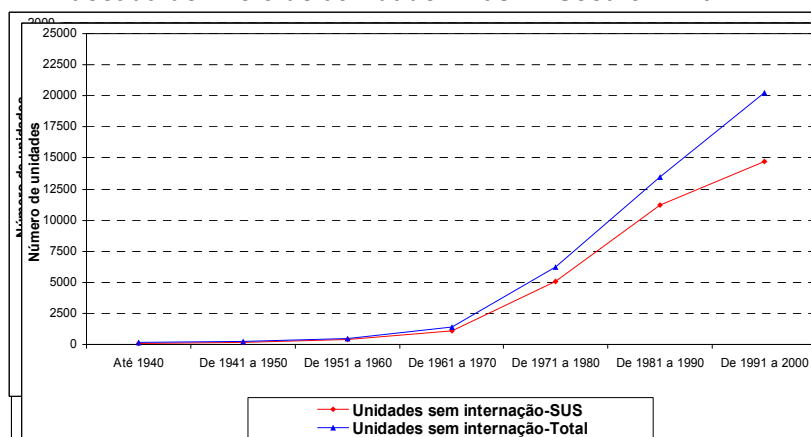
⁷ Financiada pelo Projeto ReforSUS a Pesquisa Assistência Médico-Sanitária I e II / IBGE.

GRÁFICO 3.1 – Evolução do número de Unidades de Saúde com internação, segundo década de início de atividade. Brasil – Século XVI a XX



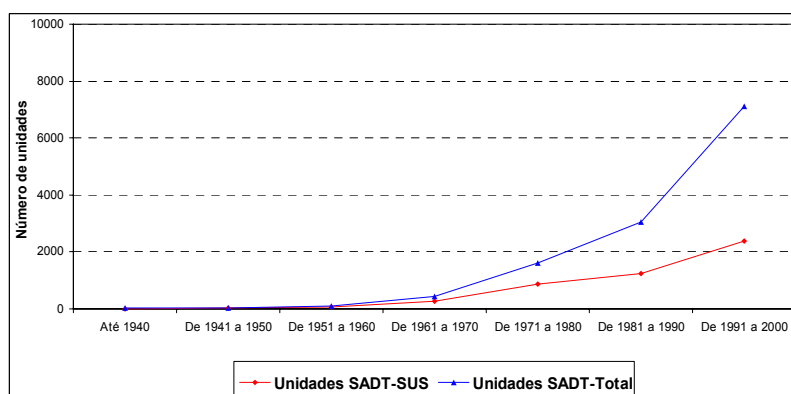
Fonte: IBGE/AMS I e II 2002.

GRÁFICO 3.2 – Evolução do número de Unidades de Saúde sem internação, segundo década de início de atividade. Brasil – Século XVI a XX



Fonte: IBGE/AMS I e II 2002.

GRÁFICO 3.3 – Evolução do número de Unidades de Saúde de SADT, segundo década de início de atividade. Brasil – Século XVI a XX



Fonte: IBGE/AMS I e II 2002.

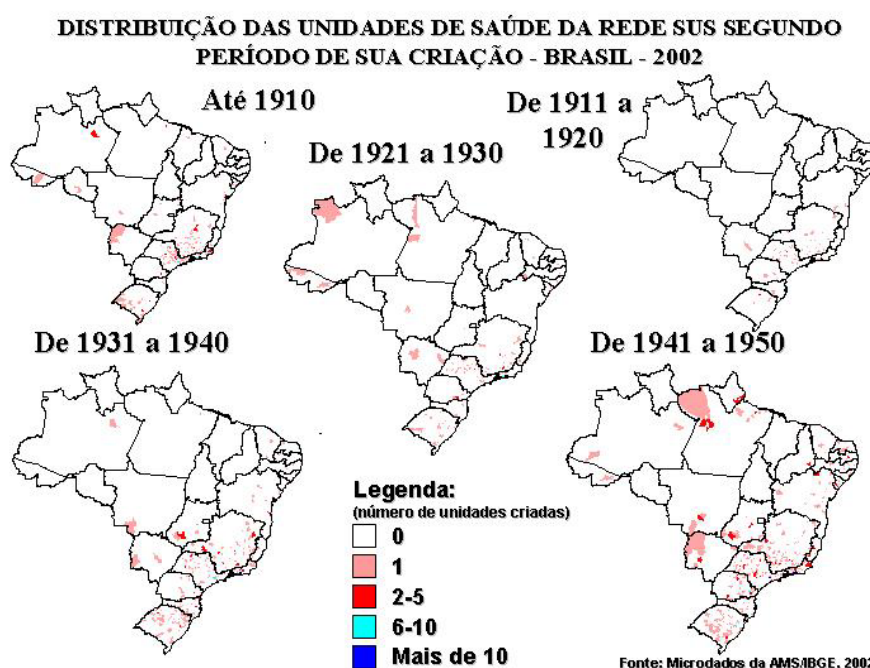
O Gráfico 3.1 demonstra ligeiro decréscimo na curva de expansão das unidades hospitalares do SUS a partir de 1970, em detrimento do crescimento do número total de unidades, sugerindo que o setor privado continua investindo na expansão de suas unidades hospitalares, mesmo que em menor ritmo que nas décadas passadas.

Por sua vez, o Gráfico 3.2, relativo à expansão das unidades sem internação, além de delinear a expressiva expansão das unidades SUS em contrapartida às da iniciativa privada, evidencia o crescimento desse tipo de unidade, sugerindo ainda a tendência de continuidade deste crescimento.

O Gráfico 3.3 expressa a desigualdade do crescimento apresentado entre a Rede SUS e o Setor Privado no que diz respeito aos Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia (SADT), um dos atuais pontos de estrangulamento da atenção à saúde pela Rede SUS, tanto em relação à média como à alta complexidade. Do total de 13.484 unidades desse tipo, apenas 5.218 oferecem serviços ao SUS, conforme tabela 3.1

Os mapas das Figuras 3.1 e 3.2 expressam a trajetória dessa expansão no território brasileiro durante o século XX.

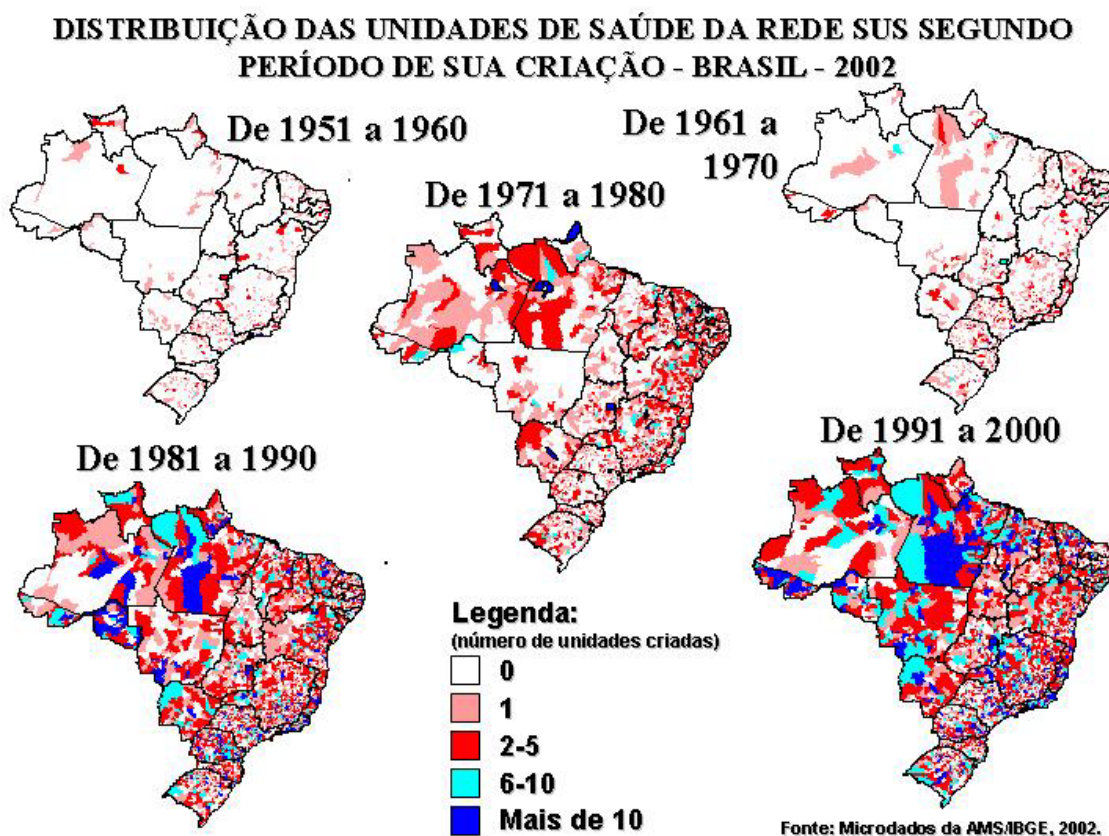
FIGURA 3.1 – Distribuição da Rede SUS até a primeira metade do século XX. Brasil - 2002



Pode-se ver, na Figura 3.1, a distribuição das novas unidades de saúde em cada uma das décadas do século XX. Em sua expansão territorial, demarca a rarefação das Regiões Norte e Centro-Oeste e, mesmo, da Região Nordeste, se comparadas às Regiões Sul e Sudeste. Entretanto, durante a década de 1940, observa-se um movimento – mesmo que pouco expressivo – de expansão da cobertura nas regiões menos favorecidas durante as décadas anteriores.

Os mapas da Figura 3.2 ilustram a expansão territorial da Rede SUS na segunda metade do século XX, evidenciando uma vertiginosa expansão das unidades de saúde a partir da década de 1970.

FIGURA 3.2 – Distribuição da Rede SUS na segunda metade do século XX. Brasil, 2002.



A expansão, assinalada nos mapas das Figuras 3.1 e 3.2, pode ser percebida na Tabela 3.2, que discrimina, por década de criação, o perfil da unidade e sua natureza jurídica.

TABELA 3.2 – Distribuição das unidades de saúde da Rede SUS segundo década de criação, natureza jurídica e tipo de unidade. Brasil – 2002

Período	Tipo de Unidade	Federal	Estadual	Municipal	Priv s/ fins lucrativos	Priv. c/ fins lucrativos Atend. SUS	TOTAL
Século XVII e XVIII	Hospitalar	0	1	0	4	0	5
	Ambulatorial	1	0	2	0	0	3
	SADT	1	0	0	0	0	1
	TOTAL	0	1	2	4	0	7
Século XIX	Hospitalar	0	8	2	124	4	138
	Ambulatorial	0	0	11	2	0	13
	SADT	0	1	0	1	0	2
	TOTAL	0	9	13	127	4	153
1901 a 1910	Hospitalar	2	2	2	45	4	55
	Ambulatorial	0	0	2	0	0	2
	SADT	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	2	2	4	45	4	57
1911 a 1920	Hospitalar	0	3	1	65	6	75
	Ambulatorial	3	1	3	1	0	8
	SADT	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	3	4	4	66	6	83
1921 a 1930	Hospitalar	4	13	7	82	6	112
	Ambulatorial	1	3	14	1	0	19
	SADT	0	1	0	0	1	2
	TOTAL	5	17	21	83	7	133
1931 a 1940	Hospitalar	4	22	12	156	22	216
	Ambulatorial	1	6	44	7	0	58
	SADT	1	0	1	0	5	7
	TOTAL	6	28	57	163	27	281
1941 a 1950	Hospitalar	13	44	43	234	41	375
	Ambulatorial	3	16	144	14	4	181
	SADT	0	3	1	3	10	17
	TOTAL	16	63	188	251	55	573
1951 a 1960	Hospitalar	9	42	66	282	80	479
	Ambulatorial	5	24	367	21	4	421
	SADT	1	6	2	1	63	73
	TOTAL	15	72	435	304	147	973
1961 a 1970	Hospitalar	13	74	150	241	401	879
	Ambulatorial	23	43	893	123	46	1.128
	SADT	3	9	4	11	232	259
	TOTAL	39	126	1.047	375	679	2.266
1971 a 1980	Hospitalar	20	140	337	270	408	1.175
	Ambulatorial	50	126	4.473	198	180	5.027
	SADT	2	19	25	28	793	867
	TOTAL	72	285	4.835	496	1.381	7.069
1981 a 1990	Hospitalar	9	129	556	154	296	1.144
	Ambulatorial	94	264	10.506	82	264	11.210
	SADT	3	50	96	49	1.037	1.235
	TOTAL	106	443	11.158	285	1.597	13.589
1991 a 2000	Hospitalar	9	97	583	122	250	1.061
	Ambulatorial	148	219	13.684	131	520	14.702
	SADT	13	43	303	59	1.948	2.366
	TOTAL	170	359	14.570	312	2.718	18.129
2001 e 2002	Hospitalar	2	6	33	2	11	54
	Ambulatorial	22	24	2.298	12	40	2.396
	SADT	1	3	61	13	234	312
	TOTAL	25	33	2.392	27	285	2.762
Sem data	Hospitalar	5	18	38	32	20	113
	Ambulatorial	15	31	1.267	13	18	1.344

Período	Tipo de Unidade	Federal	Estadual	Municipal	Priv s/ fins lucrativos	Priv. c/ fins lucrativos Atend. SUS	TOTAL
	SADT	0	2	12	4	60	78
	TOTAL	20	51	1.317	49	98	1.535
TOTAL	Hospitalar	90	599	1.830	1.813	1.549	5.881
	Ambulatorial	366	757	33.708	605	1.076	36.512
	SADT	24	137	505	169	4.383	5.218
	TOTAL	480	1.493	36.043	2.587	7.008	47.611

Fonte: Microdados A.M.S. /IBGE / DATASUS – 2002.

Este capítulo tenta mapear a trajetória da expansão da Rede SUS, com o objetivo de averiguar como se deu essa expansão.

O interesse primordial desta incursão pelo processo de expansão e transformação dessa Rede prende-se à possibilidade de resgatar como e com quais recursos financeiros ocorreu esta expansão a partir do século XX. O quadro geral desse processo evolutivo fornece embasamento para a discussão do que envolve – ou representa –, nos dias de hoje, alocar recursos para expandir e transformar a rede existente.

Neste trabalho não se pretende uma revisão minuciosa das influências de transformações das ciências médicas ou das técnicas nos diferentes períodos abordados; entretanto, foi feita uma breve resenha com base, sobretudo, em pesquisa de campo, buscas pela Internet, estudos de alguns autores, dentre os quais foram privilegiados os de Michel Foucault, Antoine Picon e Milton Santos, nas discussões relativas aos processos de incorporação de tecnologias.

Nas relações entre espaço e tecnologia, no contexto das transformações dos espaços hospitalares e da constituição da Rede de Saúde no país, pode-se, com propriedade, resgatar o pensamento de Santos, quando diz:

O espaço é formado por objetos técnicos. O espaço do trabalho contém técnicas que nele permanecem como autorizações para fazer isto ou aquilo, desta ou daquela forma, neste ou naquele ritmo, segundo esta ou outra sucessão. (SANTOS, 2002:55)

O panorama da expansão da Rede de Unidades de Saúde no Brasil, desde seus primórdios até nossos dias, pode ser classificado em períodos considerados pela autora como relevantes para a demarcação da incorporação de técnicas e saberes que modificaram esta expansão. Assim, a narrativa se desenvolve segundo os seguintes períodos:

Até o século XVIII – A ocupação da costa e das áreas de plantio e mineração do interior delinea a expansão das unidades hospitalares de natureza filantrópica neste período.

Século XIX – A expansão das Instituições Filantrópicas se intensifica durante esse século. A Igreja se estende pelo território nacional, levando o modelo dos hospitais católicos europeus para o interior do Brasil.

Entre 1901 e 1940 – A virada do século XIX foi marcada por inúmeros avanços, em todos os campos do conhecimento, com a incorporação de novos saberes e técnicas. As transformações nos hospitais são intensas e profundas, tendo-se dado um salto para a modernidade. Nesse período prevalecem ainda as Instituições Filantrópicas. Entretanto, na década de 1930, inicia-se a construção de Sanatórios de Tuberculose pelas instâncias estaduais.

Entre 1941 e 1970 – Período marcado pela Campanha da Borracha, na Amazônia, determinante para a criação, em 1942, da Fundação Serviço de Saúde Pública (Fundação SESP). A FSESP atuou como financiadora da expansão da Rede Primária de Atenção à Saúde, construindo Postos e Centros de Saúde e Unidades Mistas no interior do país. O Ministério da Saúde, criado em 1953, financiou a construção de Sanatórios de Tuberculose em todo o país. Por sua vez, tem início o delineamento mais expressivo da expansão da Rede Pública de Saúde, sobretudo as de natureza municipal.

Entre 1971 e 1990 – Este período está sob a égide da incorporação de novas tecnologias e da crise financiamento no setor saúde, iniciada no final da década de 1970, interferindo na capacidade do Estado de custear as unidades existentes e imprimindo maior necessidade de racionalização na expansão da Rede Pública.

Tais premissas impõem aos financiadores desta expansão a necessidade de compartilhar os *sistemas de engenharia*, surgindo os primeiros movimentos de Regionalização, de Hierarquização e Descentralização de Serviços, imprimindo-se ao Sistema de Saúde a noção de *territórios de saúde*. Nesse momento – o das Ações Integradas de Saúde – a noção de Rede de Saúde passou a permear os investimentos para a expansão e transformação das Unidades de Saúde. Três grandes Projetos de Investimentos subsidiaram essa

transformação: o Programa de Interiorização e Expansão de Saúde e Saneamento (PIASS), o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social da Caixa Econômica, vinculado ao Plano de Localização de Unidades de Saúde (PLUS) e o Projeto Nordeste. No âmbito da formação de capital humano para a saúde, destacam-se o *Movimento Larga Escala* e o Programa de Preparação Estratégica do Pessoal de Saúde (PPREPS). O período foi marcado, ainda, pelas Ações Integradas de Saúde (AIS), que na década de 1980 também impulsionou o crescimento de unidades básicas de saúde.

Entre 1990 e 2000 – O período foi marcado pelos investimentos do Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (Projeto ReforSUS) e do Programa de Saúde da Família (PSF). Desenvolve-se, também, o Projeto de Profissionalização de Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), voltado para a formação e a capacitação de trabalhadores da saúde, o Projeto de Vigilância em Saúde no SUS (VIGISUS), além de outros, de âmbito estadual ou municipal. Foram instituídas as Normas Operacionais 93 e 96, ambas de caráter municipalista.

O Século XXI – Apresenta tendências e possibilidades de reestruturação de Sistemas e Serviços de Saúde.

A seguir, com base nessa periodização, será apresentada uma síntese das características dos edifícios hospitalares e das transformações ocorridas na expansão da Rede de Saúde, no Brasil, em cada um desses períodos, bem como algumas ilustrações que os exemplificam.

3.2 Do descobrimento ao final do século XVIII

A colonização portuguesa no Brasil foi, antes de tudo, litorânea. Os portugueses criavam dificuldades à ocupação das terras do interior, receosos de que com isso se despovoassem as regiões costeiras:

Os regimentos e forais concedidos pela Coroa portuguesa, quando sucedia tratarem de regiões fora da beira-mar, insistiam sempre em que se povoassem somente as partes que ficavam à margem das grandes correntes navegáveis, como o rio São Francisco. (HOLANDA, 1995:104)

Apenas no terceiro século da ocupação portuguesa, em XVIII, é que se iniciou um fluxo maior de emigrantes para o interior do país, com o descobrimento do ouro em Minas Gerais.

Ainda na primeira metade do século XVI chegou, ao Brasil, a Ordem das Santas Casas e, em consonância com a ocupação do território brasileiro imposta pela Coroa Portuguesa, implementou a construção de unidades hospitalares nos povoados já ocupados.

A partir de 1539, quando da construção da primeira Santa Casa de Misericórdia do país, em Olinda, estado de Pernambuco, teve início a estruturação da Rede de Saúde no Brasil (Figura 3.3).

FIGURA 3.3 – Olinda - Primeira Santa Casa da Misericórdia. Brasil – Século XVI



Fonte: www.santacasasp.org.br

Foi também nesse período, no ano de 1543, que a Santa Casa de Santos foi fundada por Brás Cubas, na Capitania de São Vicente. (Vila de Santos).(Figura 3.4)



FIGURA 3.4 – Santa Casa de Santos. Brasil – 1543.

Fonte: Site da Confederação das Filantrópicas do Brasil

Igualmente construídas nessa época, encontram-se em funcionamento, até os dias de hoje, sete unidades de saúde (Tabela 3.2), dentre as quais estão a Santa Casa de Santos e a Santa Casa da Bahia, em Salvador, construída em 1549 (Figura 3.5).

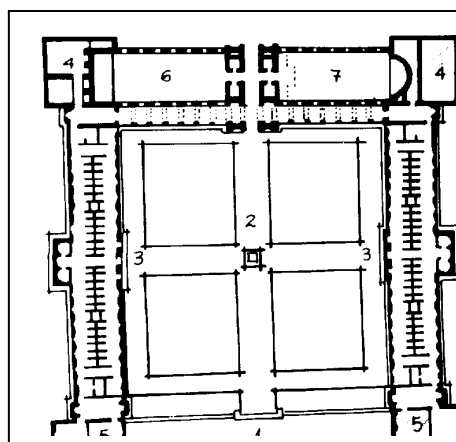
FIGURA 3.5 – Edifício Sede de 1654



A Santa Casa da Bahia passou por várias reformas e ampliações, ao longo dos séculos, inclusive, por grande ampliação no século XVIII, quando Salvador era considerado o maior centro urbano da colônia. O prédio sobreviveu até nossos dias e está hoje integrado à Rede de Saúde do Sistema Único de Saúde.

As poucas construções hospitalares desses séculos eram de formato retangular ou quadrado, expressavam uma arquitetura simples e, basicamente, conformavam grandes enfermarias coletivas, em que havia até cem leitos, onde os pacientes se acomodavam, sem distinção de gênero ou de patologia, colocando-se, por vezes, mais de um paciente no mesmo leito (Figura 3.6).

FIGURA 3.6 – Arquitetura hospitalar do século XVII – Chelsea Royal Hospital, 1682.



Legenda: 1. Entrada; 2. Pátio; 3. Internação; 4. Serviços; 5. Administração; 6. Hall; 7. Capela
Fonte: Miquelin (1992).

3.3 O Século XIX

Até o século XIX, a produção de artigos que pudessem competir com os do Reino era rigorosamente proibida nas possessões ultramarinas portuguesas.

Diz Holanda (1995) que o Alvará de 5 de janeiro de 1785 determinava a extinção de todas as manufaturas de ouro, prata, seda, algodão, linho e lã porventura existentes em território brasileiro. Entretanto, a migração forçada da Família Real Portuguesa para o Brasil imprimiu mudanças estruturais no padrão colonial vigente no Brasil Colônia. Assim, em decorrência do crescente cosmopolitismo de alguns centros urbanos – dentre eles, os do Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo – surgiu a necessidade de transformações na estruturação da sociedade brasileira.

Em relação à vida intelectual do início do século XIX, é importante destacar a inexistência de instituições de ensino universitário no país. No México, no período de 1775 a 1821, formaram-se 7.850 bacharéis, ao passo que, do Brasil, no mesmo período, formaram-se em Coimbra apenas 720 (HOLANDA, 1995).

No que tange à expansão da assistência médica e das unidades hospitalares no início do século XIX, percebe-se que uma nova etapa tem lugar, ainda que timidamente, no processo de conceber e construir edificações de saúde a partir do advento das descobertas da ciência e da tecnologia.

Ao mesmo tempo, tem início uma campanha de combate à Tuberculose, principalmente no Rio de Janeiro e em São Paulo. Note-se que, em meados do século XIX, quase toda família carioca tem, pelo menos, um **'tísico'**.

Em razão disso, a Santa Casa do Rio de Janeiro, à semelhança do isolamento já praticado na Europa, cria, em 1840, a primeira enfermaria destinada aos **'doentes do peito'**, dando origem ao interesse pela construção de hospitais afastados dos centros urbanos.

No ano de 1886, as autoridades sanitárias brasileiras inauguram em Cascadura, no Rio de Janeiro, o primeiro nosocômio especializado na assistência aos tísicos. A unidade sobrevive por duas décadas.

Em 1899, surge a Associação Paulista de Sanatórios Populares para Tuberculose, presidida por Clemente Ferreira até 1945, que postulava as propostas germânicas na construção de sanatórios e dispensários, assim como nos movimentos de educação e prevenção do contágio (BERTOLLI, 2001).

Paralelamente, os hospitais do período colonial, que eram mantidos por instituições religiosas ou filantrópicas, passam a ser analisados criticamente, pois, em função de seus espaços internos insalubres, são identificados como focos de epidemias ao lado de outros equipamentos urbanos, tais como matadouros, mercados e cemitérios (BENCHIMOL, 1990).

No Brasil, durante o século XIX, são construídos 138 hospitais, 15 unidades ambulatoriais e 2 unidades de SADT, em um total de 155 unidades de saúde. Quanto à distribuição destas pelo território brasileiro, salienta-se que 6 unidades foram construídas na Região Norte; 26, na Região Nordeste; 100, na Região Sudeste; 19, na Região Sul; e 4, na Região Centro Oeste.

São desse século algumas unidades hospitalares que integram atualmente o Sistema Único de Saúde, dentre elas: a Santa Casa de Recife (PE), a Santa Casa de São Francisco do Sul (SC) e a Santa Casa de Misericórdia de Passos (MG) (Figuras 3.7, 3.8, 3.9 e 3.10).

FIGURA 3.7 – Santa Casa de Recife – Pernambuco – 1860



Fonte: <www.santacasarecife.org.br>

FIGURA 3.8 – Santa Casa de Misericórdia de São Francisco do Sul/SC, de 1859



Fonte: Arquivos da Instituição - foto de 2003.

São Francisco do Sul foi a terceira cidade fundada no período do descobrimento, em 1503; entretanto, a Santa Casa de Misericórdia – ainda hoje, o único hospital da cidade – foi fundado em 1859. Embora tenha sofrido acréscimos na década de 1960, como a construção da Maternidade e a da Unidade de Tratamento para Tuberculosos, a unidade mantém sua fachada intacta, conforme Figura 3.8.

FIGURA 3.9 – Santa Casa da Misericórdia de Passos/MG

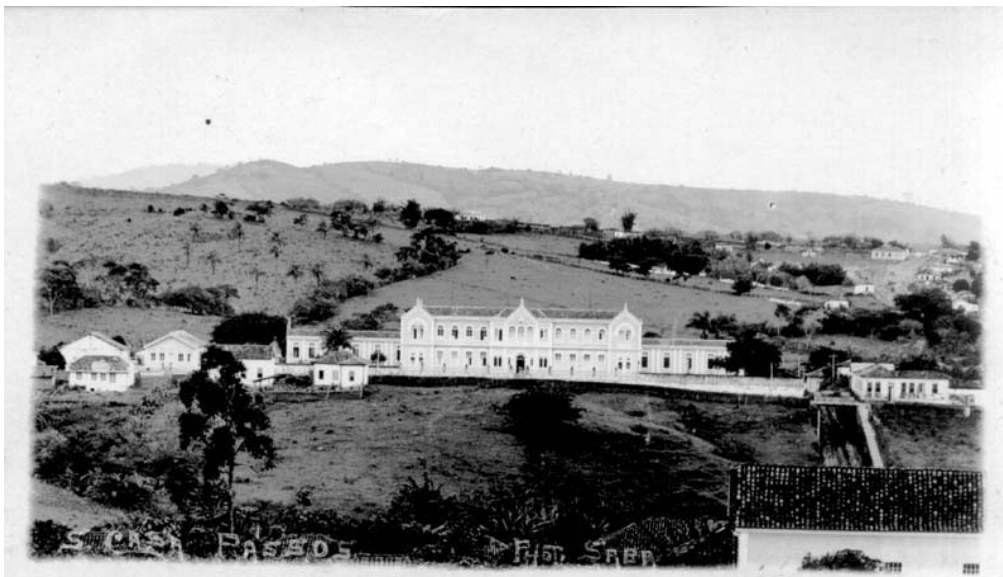


Fonte: Arquivos da Instituição.

A Santa Casa da Misericórdia de Passos, fundada em 16 de outubro de 1861, sobrevive até hoje, integrando o SUS como Unidade de Referência da Macrorregião de Passos, segundo o Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais. Esta Santa Casa, atualmente, é referência para atendimento em procedimentos de alta complexidade, contando uma estrutura hospitalar com 213 leitos distribuídos pelas clínicas cirúrgicas, médica, pediátrica e geral, UTI adulto, UTI infantil as clínicas de ginecologia e obstetrícia.

FIGURA 3.10 – Santa Casa da Misericórdia de Passos/MG – Vista panorâmica.

Fonte: Arquivos da Instituição.



São também desse século os primeiros hospitais destinados aos doentes mentais. Segundo o Projeto Memória da Psiquiatria no Brasil, desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz, estima-se que, entre 1852 e 1954, foram construídos mais de cinquenta hospícios, colônias e hospitais para alienados no Brasil.

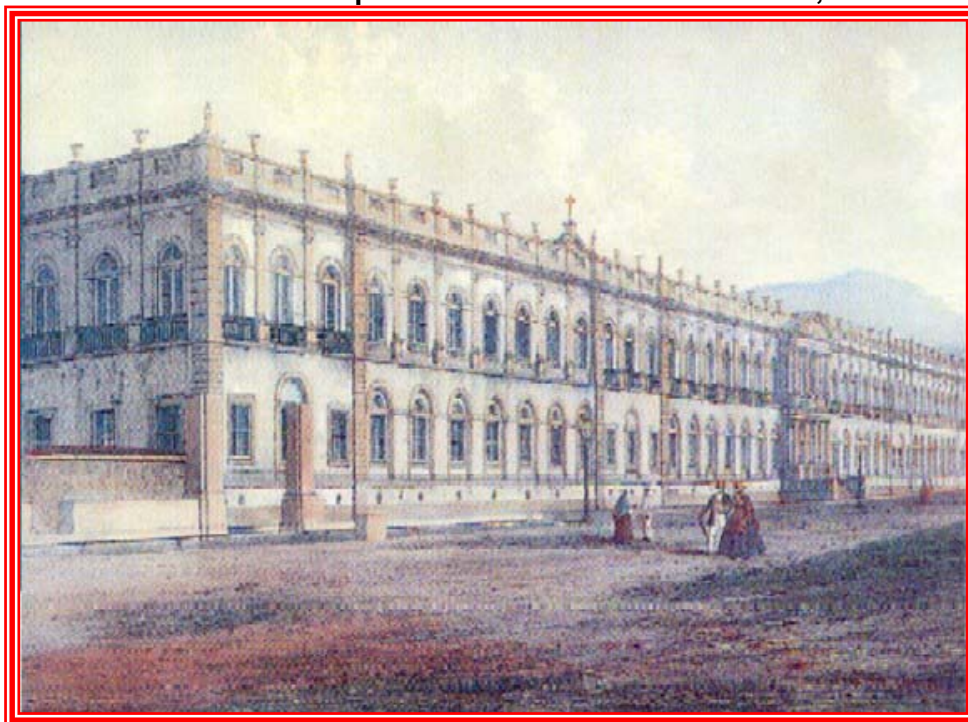
Em março de 1845, a Santa Casa da Misericórdia enviou o Dr. Antônio José Pereira das Neves à Europa para estudar o tratamento dos alienados e visitar o que havia de mais moderno em termos de hospício, de modo a coletar idéias, sugestões e orientações para a edificação do Hospício de Pedro II.

No ano de 1852, o Hospício de Pedro II começou a funcionar com 144 alienados, dos quais 76 pacientes (41 homens e 35 mulheres) eram

provenientes do Hospital da Misericórdia, enquanto 68 pacientes (33 homens e 35 mulheres), da enfermaria provisória da Praia Vermelha (Figura 3.11).

O Regimento Interno do Hospício de Pedro II deliberou em 1858 sobre o perfil dos pacientes do nosocômio: “*não devem ser admitidos os reconhecidos como idiotas, imbecis, epiléuticos ou paralíticos dementes que se reputam incuráveis e podem viver inofensivos no seio da família*”.

FIGURA 3.11 – Hospício de Pedro II – Rio de Janeiro, 1852



Fonte: Projeto Memória da Psiquiatria no Brasil / FIOCRUZ.

São dessa época algumas importantes instituições psiquiátricas que persistem na atualidade, dentre as quais:

- ❖ 1860 – Casa de Saúde Dr. Eiras, com 40 leitos (RJ);
- ❖ 1861 – Primeiro Hospício do Recife;
- ❖ 1864 – Hospital Psiquiátrico Juqueri (Franco da Rocha - SP).

3.4 De 1901 a 1940 – Incorporando os Avanços da Revolução Industrial

Com o advento da Revolução Industrial ocorreu o declínio paulatino do sistema técnico clássico, baseado no par madeira-água, e foi se instalando, ao longo dos cem anos transcorridos entre as décadas de 1750 e 1850, um novo

sistema técnico no mundo ocidental, que tinha por fundamento a tríade ferro-carvão-vapor.

De maneira gradativa, esses novos recursos possibilitaram profundas modificações no 'como fazer' da sociedade ocidental, inclusive na construção civil e, mais especificamente, nas construções dos edifícios hospitalares. A esse respeito, diz Picon:

(...) o ferro torna-se um dos materiais dominantes de construção; o carvão, o primeiro combustível; e o vapor, um dos principais motores; todos interagindo de maneira a formar um novo sistema. (PICON, 1994:30)

Esse novo sistema técnico que se estabeleceu, trouxe consigo um conjunto de conhecimentos, de conceitos, de habilidades e de representações que poderia ser reagrupado sob o termo 'pensamento técnico lato sensu' (PICON, 1994).

No âmbito da Medicina e da Saúde Pública, o início do século XX foi marcado por profundas transformações dos saberes e das técnicas da cura dos enfermos. Na arquitetura dos hospitais da época podia-se perceber a preocupação crescente com a salubridade dos ambientes pela busca de ventilação e iluminação para os espaços internos, sobretudo nas enfermarias.

Diz Foucault, referindo-se ao processo técnico-científico instaurado pela Academia de Ciências de Paris para a reconstrução do Novo Hotel Dieu – inaugurado em Paris no ano de 1864 – que, nesse momento, o hospital passou a ser focado como um fato médico, considerado uma das ferramentas para o exercício do poder/saber médico:

(...) o hospital deixa de ser uma simples figura arquitetônica. Ele agora faz parte de um fato médico-hospitalar que deve ser estudado como são estudados os climas, as doenças etc. (FOUCAULT; 1999:100)

A interação entre os novos conhecimentos das Ciências, o novo Sistema Técnico e a Arquitetura praticada em final do século XIX, pode ser percebida pelo seguinte trecho, atribuído ao cientista francês Tenon, membro da Academia de Ciências de Paris, em relação à reconstrução do Hotel Dieu (Figura 3.12):

As dimensões das enfermarias são deduzidas da estatura do homem, da natureza dos males, do clima e de uma certa dose de economia que convém introduzir no serviço (...) não se deve estimar a grandeza das enfermarias pela extensão, vasta ou restrita, de suas dimensões, mas pela

relação destas dimensões com o número de doentes, a enfermaria maior é a que proporciona o máximo de ar para se respirar. (FIOCRUZ, 1990: 102)

FIGURA 3.12 – Hospital Pavilhonar



Fonte: Miquelin (1992).

No âmbito das transformações dos espaços hospitalares através dos séculos, pode-se, com propriedade, resgatar o pensamento de Santos no que concerne às relações entre espaço e tecnologia, quando diz:

O espaço é formado por objetos técnicos. O espaço do trabalho contém técnicas que nele permanecem como autorizações para fazer isto ou aquilo, desta ou daquela forma, neste ou naquele ritmo, segundo esta ou outra sucessão. (SANTOS, 2002:55)

Durante o século XX, em pleno contexto de incorporação, pela sociedade, das tecnologias resultantes dos avanços científicos do século XIX, um intenso processo de transformação das unidades hospitalares tem início, do qual o Hotel Dieu é um dos precursores.

Por sua vez, no Brasil, sob a égide de Oswaldo Cruz, durante as primeiras décadas do século XX, o hospital passa a ser visto realmente como mais um elemento no processo da cura, sob a égide da construção de um novo paradigma:

(...) o Hospital é pensado enquanto equipamento, na medida em que deve se adequar a determinadas fórmulas de implantação condizentes com a salubridade das cidades, e correspondentes à demanda, precisamente quantificável, de cuidados médicos da população.(...) O objetivo era ajustar o hospital ao espaço urbano e buscar eficácia terapêutica de seu espaço interior. (IBAM, 1996:11)

Entre 1901 e 1920, iniciaram atividades 130 novos hospitais e 10 unidades ambulatoriais.

São dessa época os desinfectórios, que foram erguidos a partir de 1905 com as atribuições de isolamento das vítimas de doenças infecciosas, do serviço de exterminação dos ratos e da desinfecção do doente, de sua casa e de seus pertences.

Em 1910 foi inaugurado o Hospital Central da Santa Casa de São Paulo (Figura 3.13), no Largo do Arouche, com Planta Física Pavilhonar, semelhante à do Hotel Diêu, em Paris, em substituição ao primeiro prédio construído na primeira metade do século XVI, no largo da Glória. A Santa Casa de São Paulo, dispõe atualmente de 768 leitos e conta com modernos equipamentos, além de abrigar a Faculdade de Ciências Médicas e a Escola de Enfermagem.

FIGURA 3.13 – Hospital Central da Santa Casa de São Paulo



Fonte: <www.santacasasp.org.br>

Simultaneamente ao período de construção da Santa Casa de São Paulo, o Físico Rontgen descobre os Raios-X na Alemanha, em 1885. Entretanto, essa nova tecnologia diagnóstica ainda não estava presente no Projeto Original da Santa Casa de São Paulo, mas já havia sido incorporada ao Projeto de Ampliação da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, que data de 1912, que foi a primeira edificação hospitalar brasileira a incorporar essa tecnologia.

Em 1912, com o intuito de realizar estudos clínicos, Oswaldo Cruz planeja e o arquiteto Luiz de Moraes Júnior projeta a construção de um complexo hospitalar

composto de seis pavilhões, na época denominado Hospital de Manguinhos. Entretanto, somente um pavilhão foi erguido e inaugurado, em 1918, na gestão de Carlos Chagas (Figura 3.14).

FIGURA 3.14 – Instituto de Pesquisa Evandro Chagas – Fiocruz



Foto: Luisa Pessôa

Em 1934 ergue-se, na Cidade do Rio de Janeiro, então Distrito Federal, o Hospital para os Servidores do Estado.

Separados por apenas duas décadas, os projetos desses dois hospitais, o da Santa Casa de Misericórdia, em São Paulo/SP, e o do Hospital dos Servidores do Estado, no Rio de Janeiro/RJ, são concebidos mediante o uso de tecnologias da construção civil bastante distintas. O concreto armado e o elevador – associados aos ditames das ciências médicas e às novidades em termos das tecnologias de diagnóstico e terapia – passam a configurar a tipologia das edificações hospitalares do século XX de modo irreversível. Em razão disso, o Hospital dos Servidores do Estado mostra-se como a expressão do gigantesco processo de transformação que a incorporação do Novo Sistema Técnico propicia às edificações hospitalares da primeira metade do século XX (Figura 3.15).

FIGURA 3.15 – Hospital dos Servidores do Estado



Fonte: <www.hse.rj.saude.gov.br>

Em 1931, com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, expandem-se os sanatórios de Tuberculose na área da *higiene coletiva*, embora fossem reduzidos os recursos financeiros para tal atividade e, até 1938, aplicados na capital da República, imputando aos estados o ônus de custear seus enfermos, as ações preventivas e curativas e a expansão dos sanatórios.

Nessa década são construídos 20 Sanatórios, dos quais 14 no estado de São Paulo, 03 em Minas Gerais, 02 no Rio de Janeiro e 01 no Paraná. Além disso, instalam-se leitos hospitalares para tuberculosos em hospitais já existentes e constroem-se ambulatórios para o atendimento dos pacientes tuberculosos, mantidos por instituições filantrópicas (BERTOLLI, 2001).

Paralelamente às construções hospitalares, do ponto de vista da Arquitetura Sanitária na década de 1930, deu-se continuidade ao plano original de Oswaldo Cruz por intermédio de Pedro Ernesto, interventor do Distrito Federal. Constrói-se, nesse período, uma rede de Dispensários na Cidade do Rio de Janeiro, iniciando-se pelo Dispensário de Campo Grande, que funcionava articulado a cinco subpostos rurais do sertão carioca, a saber: Ilha do Governador, Méier, Sapê, Paquetá e Cascadura (IBAM, 1996).

3.5 De 1941 a 1970 – Início do processo de expansão de Unidades Básicas de Saúde

Desde o descobrimento até a década de 1940 existem aproximadamente 600 unidades de saúde no país, das quais cerca de 100 unidades apenas eram ambulatoriais.

Entretanto, no período seguinte, entre 1941 e 1970, 3.464 novas unidades de saúde iniciam atividade, sendo 1.733 hospitalares e 1.531 ambulatoriais. Desse modo, o conjunto de unidades existentes passa de 600 para mais de 3 mil em três décadas. No caso das unidades ambulatoriais, a proporção é de 1:15.

Um dos representantes dos hospitais que iniciam atividade na década de 1940 é o Hospital Geral de Bonsucesso (HGB), de 1948. Constitui a construção típica do período, um Complexo Hospitalar em Blocos Verticais. No caso específico do HGB, esses blocos são interligados pelo subsolo.(Figura 3.16)

FIGURA 3.16 – Hospital Geral de Bonsucesso, de 1948



Antigo Hospital General do Nascimento Vargas, na época, subordinado ao Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Empregados em Transportes e Cargas (IAPETEC). Foi inaugurado em janeiro de 1948 pelo então presidente da República, General Eurico Gaspar Dutra. Suas características são as de um Complexo Hospitalar, em que os vários Blocos se interligam pelo subsolo, onde estão localizados a Cozinha, a Lavanderia, o Almojarifado e a Manutenção.

Fonte: <www.hgb.rj.saude.gov.br>

Em 1950 é realizado o Primeiro Congresso de Arquitetura Hospitalar do país, em São Paulo, quando intensa discussão sobre a planta física hospitalar surge. A partir desse marco no desenvolvimento das edificações hospitalares se discutem prioritariamente os fluxos e as circulações – fluxos limpos e fluxos contaminados –, preconizando-se circulações diferenciadas para técnicos, pacientes e material contaminado.

Esse processo de discussão impregna o Projeto Arquitetônico de duas Unidades Hospitalares vinculadas à Universidade Federal do Rio de Janeiro: o Hospital Universitário (Figura 3.17) e o Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (Figura 3.18), ambos da década de 1950.

FIGURA 3.17 – Hospital Universitário Clementino Fraga - UFRJ



Fonte: <www.hucff.ufrj.br>

O projeto original do Hospital Universitário foi planejado com 200 mil metros quadrados e 1.800 leitos, em contraponto ao do Instituto Martagão Gesteira, uma unidade de médio porte cuja concepção é tipicamente modernista.

FIGURA 3.18 – Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira - UFRJ



Fonte: <www.ippmg.ufrj.br>

No entanto, o projeto do Hospital Universitário foi revisado em 1970, e as dimensões originais reduziram-se à metade. Atualmente, os 110 mil metros quadrados construídos, que proporcionam capacidade operacional para 900 leitos, ainda são tidos como excessivos e estão parcialmente ociosos e deteriorados, conformando um dos maiores 'elefantes brancos' da cidade do Rio de Janeiro.

Nas décadas de 1940 e 1950, a Medicina e a Saúde Pública Brasileiras dedicaram-se sobretudo à luta contra a Tuberculose, iniciada ao final do século XIX e reforçada na década de 1930. Em 1944, descobriu-se a **estreptomicina** na Europa.

No Brasil, através da Campanha Nacional de Tuberculose, criada em 1946, dá-se continuidade à construção de Sanatórios de Tuberculose, dedicados a tratar dos enfermos que necessitavam de internação, a cuidar de pacientes com seqüelas e a realizar procedimentos cirúrgicos. Vários são os exemplos de Sanatórios de Tuberculose construídos nesse período, como, por exemplo:

- ❖ Sanatório Santa Maria, de 1950, atual H. Santa Maria, Rio de Janeiro, (Figura 3.18);
- ❖ Sanatório de Belém/PA, de 1957, atual Hospital Barros Barreto (Figura 3.19);
- ❖ Sanatório de Maracanú/CE, atual H. Municipal de Maracanú, de 1950 (Figura 3.20);
- ❖ Sanatório de Curicica/RJ, de 1952, atual H. Raphael de Paula Souza (Figuras 3.21 e 3.22);

Os Sanatórios de Belém, no Pará, e de Santa Maria, no Rio de Janeiro, possuem plantas físicas semelhantes pela morfologia em **H** (Figuras 3.19 e 3.20).

FIGURA 3.19 – Sanatório Santa Maria, na Cidade do Rio de Janeiro – 1950
Fonte: Foto fornecida pelo Hospital.



FIGURA 3.20 – Ex-Sanatório de Belém, em Belém do Pará, de 1957. Atual H. Barros Barreto



Fonte: Foto fornecida pelo Hospital.

FIGURA 3.21 – Hospital Municipal de Maracanaú – 1950



Fonte: Foto cedida pelo Hospital.

Projetado pelo Arquiteto Sérgio Bernades e inaugurado em 1952, o Sanatório de Curicica, atual Hospital Rephael de Paula Souza, tem morfologia pavilhonar e conta com apenas um pavimento, por se ter adotado o partido horizontal pavilhonar, em que pese seus contemporâneos 'verticalizados' serem predominantes nos demais estados do país.

A configuração espacial interna dos ambientes do Hospital, conforme se vê nas fotos da próxima página, possibilita boas condições de ventilação e de iluminação das enfermarias, como exemplificam as atuais enfermarias pediátricas do hospital, que preservaram o projeto original.

FIGURA 3.22 – Planta de Situação Hospital de Curicica. Pátio Interno entre Pavilhões



Fonte: Planta Nascimento et alli Foto: Alexandre Martha, de 2003.

FIGURA 3.23 – Enfermaria Pediátrica Hospital de Curicica



Fonte: Alexandre Martha, 2003.

No campo da Saúde Pública, o período é marcado pela expansão das unidades básicas de saúde, resultando em 1.531 novas unidades primárias, muitas delas construídas pela Fundação SESP, que atua como financiadora da expansão da Rede Primária de Atenção à Saúde e constrói Postos e Centros de Saúde e Unidades Mistas pelo interior do país a partir de 1942, ano de sua criação.

A Figura 3.24 ilustra uma dessas unidades, que ainda se encontra em funcionamento, localizada no município de Acaraú, no Ceará.

FIGURA 3.24 – Unidade de Acarú



A unidade, construída em 1951 em função de uma enchente que ocorreu na região, tem a tipologia de um Posto de Saúde e foi ampliada para Centro de Saúde pelo PIASS em 1979. Em 1995, passou a Sede da Secretaria Municipal de Acarú.

Foto: Luisa Pessôa.

3.6 De 1971 a 1990 – Fortalecimento das Estratégias de Atenção Primária de Saúde (APS)

Em 1975 foi promulgada a Lei nº 6.229/1975, que constitui formalmente o Sistema Nacional de Saúde. Na busca de alternativas para a atualização dos modelos de assistência, o Governo brasileiro opta pelos programas de assistência comunitária, norteando-se pela extensão de cobertura como eixo condutor de inúmeras experiências e tendo o apoio da OPAS.

Nesse momento faz-se necessário traduzir as diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) em alternativas viáveis no interior do Governo. Esse processo viabiliza alguns projetos de intervenção voltados para o sistema de saúde, cabendo ao Ministério da Saúde as ações típicas da Saúde Pública, através dos Programas de Extensão de Cobertura, que, no Brasil, se

caracterizam pela priorização da atenção primária, com ênfase nas patologias que afetam o maior número de pessoas (NUNES, 1995).

Na década de 1970 iniciam atividades novas 7.069 unidades de saúde, das quais 1.175 hospitalares, 5.027 ambulatoriais e 867 de SADT. Por sua vez, na década de 1980 são mais 11.210 unidades ambulatoriais. Assim, o Governo Brasileiro investe na expansão da Rede Física de Saúde com o objetivo de ampliar a cobertura desses serviços.

Tais dados sugerem que nessas duas décadas, por um lado, duplica-se o número de hospitais existentes, privilegiando-se a incorporação de tecnologias de custos altos e de maior complexidade, mas, por outro, ao se expandir significativamente a construção de unidades de atenção primária, dá-se início a um processo de deslocamento da atenção à saúde do hospital para essas unidades básicas de saúde, que se tornam o *locus privilegiado*, dando o início ao processo de expansão da rede básica de saúde de como uma das tentativas para a reversão do modelo '*hospitalocêntrico*', hegemônico até a segunda metade do século XX.

No que diz respeito a inovações, o período nos lega o conceito de racionalização, que constitui o esteio da idéias modernistas. Desse modo, durante os anos de 1975 e 1985, os investimentos para a expansão dos serviços de saúde ocorrem sob nova racionalidade, ganhando corpo a noção de REDE e os conceitos de regionalização, de descentralização e de hierarquização de serviços.

Em meio à grande crise financeira que se instaura no final da década de 1970, as idéias racionalizadoras se expressam então com a regionalização como medida de eficiência na alocação de recursos (FERLA, 2001).

No contexto das iniciativas de regionalização da Assistência à Saúde do período, duas delas contribuem expressivamente para a expansão e transformação da Rede existente, que são o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento e o Plano de Localização de Unidades de Serviço. Ambos merecem destaque nesta breve resenha.

3.6.1 PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

No bojo dos Programas de Expansão de Cobertura implantados no período, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), vinculado ao Ministério da Saúde, é constituído pelo Decreto-Presidencial de nº 78.307, de 24 de agosto de 1976 (ROSAS, 1981).

A esse respeito, o autor comenta:

As diretrizes do Programa englobam um conjunto de princípios, conceitos e concepções fundamentais, tomando forma de um corpo doutrinário que orientam a condução geral do PIASS e servem de referência para a sua estratégia de implantação, desenvolvimento e consolidação. (ROSAS, 1981:85)

Segundo Rosas (1981), o PIASS estrutura-se com base nos seguintes postulados:

- ❖ Máxima Extensão de Cobertura dos Serviços de Saúde - com prioridade na atenção das zonas rurais e pequenas comunidades.
- ❖ Regionalização da Assistência – com base nas premissas da desconcentração dos serviços, da descentralização das decisões e da hierarquização da rede de unidades.

A Regionalização se impõe como transformação essencial nas Secretarias de Saúde, para torná-las aptas a absorver a rede de serviços implantada.

Na qualidade de programa de investimentos para a expansão da Rede de Atenção Primária de Saúde em municípios do interior dos estados da Região Nordeste do país⁸, o PIASS envolve técnicos do Ministério da Saúde vinculados à Secretaria Geral, além de constituir núcleos estratégicos nas Secretarias Estaduais de Saúde dos estados onde é introduzido.

A lógica de funcionamento e de operação do Programa dá-se na integração dos três níveis de assistência discriminados na tabela abaixo, que se estruturariam como uma rede de unidades de complexidade crescente,

⁸ A partir de 1979, o PIASS expandiu-se para o Norte, Centro-Oeste, Espírito Santo e Minas Gerais, enfatizando inicialmente as zonas de maior concentração de pobreza e adaptando o modelo às características regionais, de modo a privilegiar a integração das unidades PIASS em nível federal, estadual e municipal.

conformando o Módulo Básico⁹ e possibilitando um sistema de referência e de contra-referência de modo a garantir o acesso da população aos serviços mais especializados – Hospitais Locais, Regionais e Especializados.

QUADRO 2.1 - As Tipologias da Rede PIASS

Porte do Município	Porte da Unidade	Nível de atuação	Caracterização da Assistência (as ações de saneamento básico e alimentação e nutrição estavam presentes em todos os níveis de atuação)
500 a 2.000	Mini Posto	Elementar	1ª fase: unidades muito simples operadas por pessoal local.
	Posto de Saúde	Elementar	2ª fase: unidades simples, com tecnologias simplificadas e operadas por duas auxiliares de saúde.
2.000 a 6.000	Posto de Saúde	Intermediário	1ª fase: ações diferenciadas, com alguns exames laboratoriais simplificados e operadas por mais de duas auxiliares de saúde.
	Centro de Saúde	Intermediário	2ª fase: unidades mais complexas, com atendimento médico e odontológico, além de atividades laboratoriais.
6.000 a 20.000	Centro de Saúde	De Apoio	Unidades mais complexas, com atendimento médico, odontológico, exames laboratoriais, supervisão e treinamento.
	Unidade Mista	De Apoio	Nas cidades de maior porte, à infra-estrutura do Centro de Saúde seriam acrescentados leitos de internação, que serviriam de referências para as unidades menos complexas.

Compondo o sistema regionalizado e hierarquizado de saúde – que tem no Módulo Básico sua linha de frente ou a porta de entrada do sistema – propôs-se a divisão do Estado em REGIONAIS DE SAÚDE (Centros Regionais ou Diretorias Regionais), que coordenavam os vários Módulos Básicos e Unidades Mistas da área geográfica sob sua responsabilidade.

A seguir, algumas fotos da atual Unidade do Programa de Saúde da Família da Comunidade de Caninana, Município de Morrinhos/CE, inaugurada em 1982 pelo PIASS (Figura 3.25).

⁹ O componente fundamental do Modelo é o Módulo Básico, composto de unidades elementares, intermediárias e/ou de apoio. Foi através do módulo que se fez a instalação da rede de serviços básicos de saúde.

FIGURA 3.25 – Unidade do Programa de Saúde da Família da Comunidade de Caninana, Município de Morrinhos/CE¹⁰

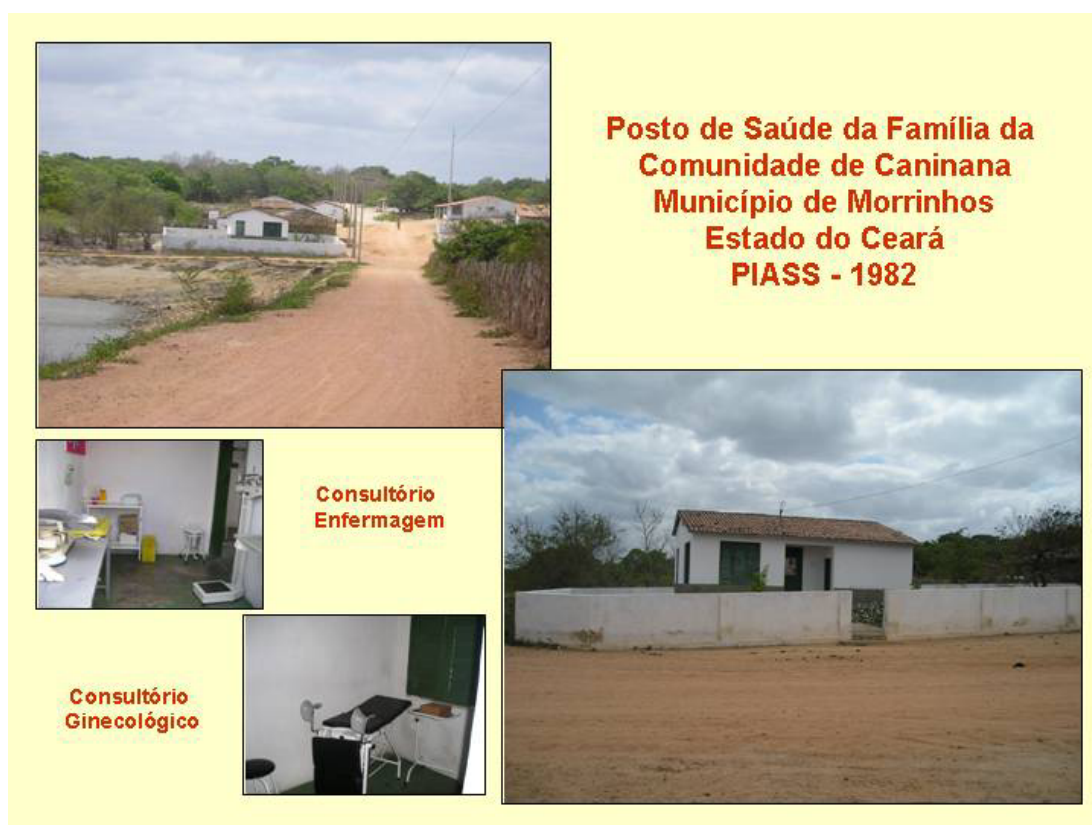


Foto: Luisa Pessôa.

3.6.2 PLUS – Plano de Localização de Unidades de Serviços

A concepção do PLUS, em 1976, ocorre em ambiente favorável às idéias racionalizadoras. A escassez de recursos disponíveis em contraponto à necessidade de expandir à Rede de Prestação de Serviços de Saúde, quer seja primária ou secundária, é um dos temas centrais da III Reunião Especial dos Ministros de Saúde das Américas, da mesma forma que da 30^a Assembléia Mundial de Saúde e da Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde.

O PLUS surge de um convênio entre o MPAS/INPS e a SEPLAN/IPEA com a perspectiva de interferir na (re)organização e na expansão da Rede Contratada pelo MPAS/INPS para Prestação de Assistência à Saúde, envolvendo as unidades públicas e privadas.

(...) o Plano de Localização de Unidades de Serviço/ PLUS destina-se a orientar a utilização integrada dos recursos disponíveis, isto é, programar a

¹⁰ Agradecemos a Técnica de Saneamento Laura Gilvanir, antiga funcionária doPIASS/CE e atual funcionária da SESA/CE, pelas informações sobre a unidade.

capacidade de oferta, além de identificar necessidades de prestação de serviços, isto é, dimensionar o nível da demanda, constituindo-se em um instrumento do planejamento, um dos princípios fundamentais da ação administrativa do INPS. (Portaria INPS/ ODS nº 699.41, de 27/10/75 que constituía um convênio entre o INPS/MPAS e IPEA/SEPLAN. Apud PEREIRA, 1980, pp 35).

Com equipe coordenada por um urbanista e composta por urbanistas, arquitetos, geógrafos, economistas, jornalistas, enfermeiros e sanitaristas, o PLUS se organizou em Grupos de Trabalho (GT), dentre eles o GT de Regionalização Médico Assistencial.

Os trabalhos do GT de Regionalização Médico Assistencial se desenvolveram com o objetivo de delinear uma proposta de regionalização para as unidades da federação.

Nesse sentido, o Grupo de Trabalho desenvolveu uma metodologia de organização territorial com base nas seguintes dimensões:

- ❖ Estruturação dos sistemas viários existentes à época, buscando as possibilidades de acesso físico;
- ❖ Organização das microrregiões homogêneas preconizadas pelo IBGE;
- ❖ Organização, já regionalizada e descentralizada, das agências do INPS no país;
- ❖ Estudo Piloto, que envolve o Nível de Desenvolvimento dos Municípios, expresso por dez variáveis, das quais cinco quantitativas – identificando o nível de urbanização e infra-estrutura de serviços do município – e cinco qualitativas – abrangendo indicadores epidemiológicos e de qualidade de vida da população daquele município. A combinação dessas dez variáveis expressa o nível de desenvolvimento daquele município face ao conjunto de municípios do estado.

O Estudo Piloto, associado aos modelos de organização dos estados utilizados pelo IBGE e pelo INPS e articulado com as vias de acesso existentes à época, embasa o trabalho de organização territorial nacional de modo regionalizado, agrupando os municípios de cada estado em Regiões de Saúde. O estado da Paraíba é o piloto para a testagem da metodologia de hierarquização dos municípios; posteriormente, inicia-se o processo no Rio Grande do Sul.

Por sua vez, coube também, à equipe do PLUS a análise das solicitações de recursos financeiros para construção e ampliação de instituições de saúde (públicas e filantrópicas) com vistas a serem financiadas pelo Fundo de apoio ao Desenvolvimento Social da Caixa Econômica Federal (FAS/CEF).

A análise da pertinência dos investimentos se pauta em três aspectos, prioritários:

- ❖ Na inserção dos municípios solicitantes na Regionalização de cada UF;
- ❖ No levantamento da capacidade instalada existente nos municípios;
- ❖ Na estimativa de necessidade de leitos, por clínica, nos municípios.

Entretanto, as informações e os parâmetros disponíveis na época possibilitam a construção de uma lógica de análise que identificava o número de leitos existentes no município, por clínica, versus a necessidade de leitos, também estabelecida por clínica, com base na relação de leitos/1.000 hab. preconizada pela Organização Mundial da Saúde.

Posteriormente, em 1982, o antigo INAMPS – criado na reformulação do Sistema Integrado do Ministério da Previdência e Assistência Social (SIMPAS) em 1979, pelo então Ministro da Previdência e Assistência Social – publica a Portaria 3.046, que passa a estabelecer esses parâmetros para o país, a qual, durante os últimos vinte anos, é intensamente utilizada pelos planejadores em saúde, até ser substituída pela Consulta Pública MS nº 01 de 08 de dezembro de 2000.

Um dos viabilizadores da Política de Saúde do período, o Fundo de Apoio de Desenvolvimento Social da Caixa Econômica Federal (FAS/CEF) lida, entre 1976 e 1983, com um volume significativo de recursos e é um dos responsáveis pela expansão de unidades hospitalares de média complexidade, municipais, estaduais e filantrópicas distribuídas pelo interior dos estados.

Paralelamente ao financiamento de iniciativas para a expansão e organização do Sistema Nacional de Saúde desenvolvem-se projetos para a formação de recursos humanos, sobretudo de nível médio e elementar, para dar conta da operacionalização do novo modelo de atenção, que privilegia a atenção básica e a participação comunitária. Nesse contexto destacam-se o *Movimento Larga*

Escala e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal para a Saúde (PPREPS).

Pode-se dizer que o Movimento *Larga Escala* nasce no início da década de 1970, tendo-se estruturado com base na experiência e na disposição de duas incansáveis lideranças, as de Izabel dos Santos e de Ena Galvão, e no acordo realizado em 1975, entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e a Organização Pan-Americana de Saúde que é concretizado no Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPRERS) (PESSÔA, 2002).

O PPREPS se estabelece como estratégia de construção da viabilidade dos Programas de Expansão de Cobertura (PEC), estruturados no final da década de 1970. O Ministério da Saúde atribui importância à formação em Saúde, estabelecendo, através do PPREPS, uma linha de atuação junto às Secretarias Estaduais de Saúde pela via da assistência e escolhe os Departamentos de Medicina Preventiva como parceiros, apoiando experiências de integração docente assistencial que já vinham se realizando no interior das Faculdades de Medicina (NUNES, 1995).

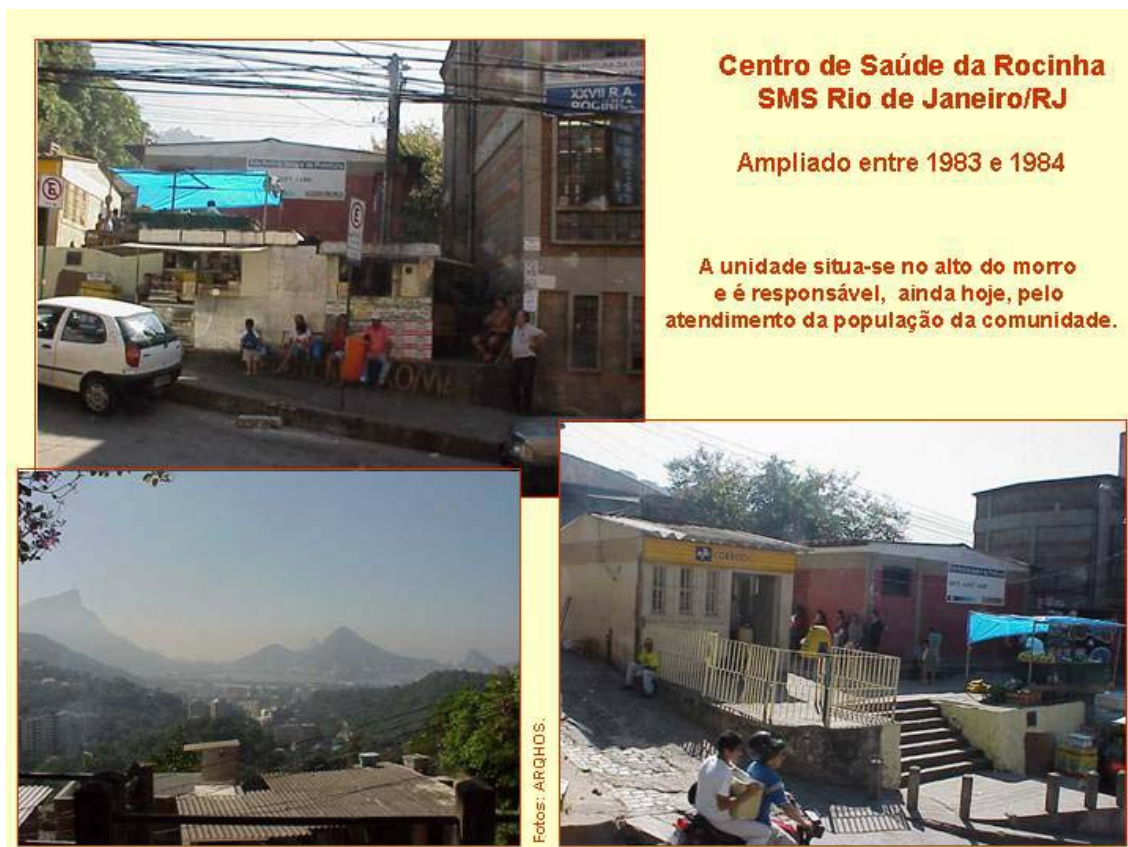
O PPREPS é consolidado legalmente em 1980¹¹ com a estruturação de escolas e de centros formadores de pessoal de nível técnico nas Secretarias Estaduais de Saúde do Piauí, de Maceió, de Rondônia, do Rio Grande do Norte, entre outros.

Na década de oitenta, as Ações Integradas de Saúde (AIS) – programa proposto pelo Ministério da Previdência e Assistência Social através do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (NAMPS) – preconizavam a compra de ações e serviços de saúde ofertados pelas unidades básicas vinculadas às secretarias municipais e estaduais, com o intuito de melhor aproveitar a rede pública de serviços básicos de saúde (AGENOR, 2002).

Tal iniciativa, impulsionou a criação, pelas secretarias, desse tipo de unidade em comunidades carentes, sobretudo os postos e mini-postos de saúde, sendo responsável pela expansão da rede básica na década (Figura 3.26).

¹¹ Entrevista realizada com Ena Galvão em março de 2003.

FIGURA 3.26 – Posto de Saúde da Rocinha, Município do Rio de Janeiro/RJ.



Fonte: ARQHOS

3.7 De 1991 a 2000 – A década dos Grandes Projetos de investimentos

Na década de 1990 iniciam atividade 19.965 novos estabelecimentos assistenciais de saúde, dos quais 16.239 sem internação, 1.202 hospitais e 2.524 unidades para SADT (Tabela 3.2). É significativo o aumento de unidades³de SADT que começam a atuar nessa década, contando-se mais que o dobro de unidades desse tipo em relação à década de 1980. Esse fato, seguramente, expressa uma tendência de aceleração da incorporação de novos equipamentos e de procedimentos no âmbito do diagnóstico e das terapias, áreas da medicina extremamente sujeitas ao uso de máquinas e equipamentos sofisticados e de alto custo.

Das novas 16.239 unidades básicas de saúde, muitas, provavelmente, estão vinculadas ao Programa de Saúde da Família, expressivo indutor da expansão desse tipo de unidade de saúde no período. Quanto à localização das novas unidades, 6.020 são implantadas na Região Nordeste; 6.451, na Região

Sudeste; 3.711, na Região Sul; 2.245, na Região Norte; e 1.538, na Região Centro Oeste.

Com relação à expansão das unidades hospitalares na década, muitas delas podem ser atribuídas aos investimentos do Projeto ReforSUS, que propicia um incremento de mais de 10 mil novos leitos na Rede SUS, ao investir na conclusão e ampliação de unidades hospitalares. Os investimentos do Projeto ReforSUS são objeto de estudo dos Capítulos IV, V e VI.

Nessa década destaca-se ainda o Projeto de Profissionalização de Trabalhadores da área de Enfermagem (PROFAE).

Em 1999, o Ministério da Saúde cria o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem/PROFAE, *“com o objetivo de promover a melhoria da qualidade da atenção ambulatorial e hospitalar, por meio da redução do déficit de pessoal auxiliar de enfermagem qualificado e apoiar a dinamização e regulamentação do mercado de trabalho no setor saúde.”* (SÓRIO, 2002, p.21)

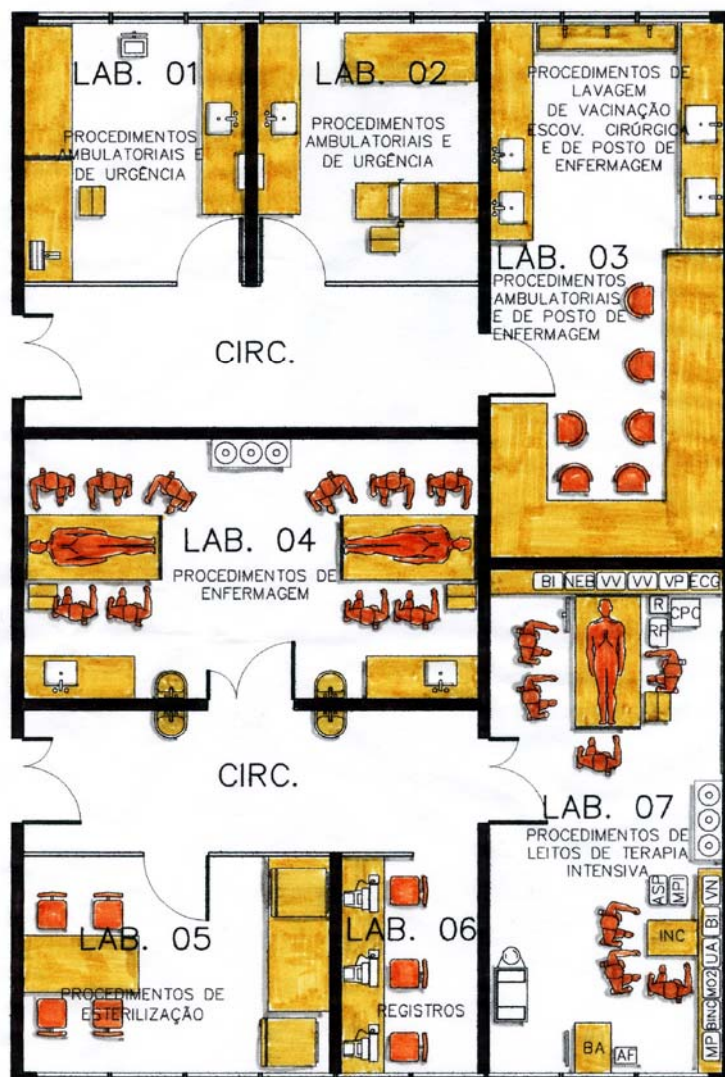
Dentre as ações prioritárias do PROFAE consta a modernização de 26 escolas Técnicas de Saúde do SUS/ETSUS, que se desenvolve no período compreendido entre 1999 e 2002 com base nas seguintes premissas (PESSÔA, 2002):

- ❖ Que contemplassem as diversas categorias profissionais do, cada vez mais, amplo universo de trabalhadores de saúde e que dessem conta das principais atividades pedagógicas preconizadas no novo modelo de formação para Técnicos e Auxiliares na Área da Saúde recomendados pelo PROFAE/MS;
- ❖ Que se reproduzissem, nas escolas, alguns ambientes assistenciais, – principalmente, os hospitalares – considerados relevantes, de modo a propiciar estreita semelhança entre as duas edificações – o hospital e a escola – para facilitar a aproximação do aluno, em seu espaço pedagógico, com a realidade dos espaços e ambientes onde ocorrem os diferentes processos de trabalho em saúde;
- ❖ Que dessem conta de formar e capacitar capital humano qualificado para operação e manutenção das novas tecnologias impostas à atenção à

saúde nos últimos anos e implementadas na Rede SUS pelo Ministério da Saúde, através de Programas e Projetos de Investimentos tais como: O Projeto ReforSUS, Rede Nacional de Informações em Saúde, Programa de Saúde da Família, Gestação de Alto Risco, Política Nacional de Alimentação e Nutrição, entre outros.

A concretização dessas premissas pode ser percebida pela ilustração do Laboratório de Praticas de Enfermagem, conforme Figura 3.27.

Figura 3.27 – Laboratório de Práticas de Enfermagem ETSUS MG e RS



Fonte: Escritório de Projetos e Obras do PROFAE

3.8 A Rede SUS do século XXI

Atualmente, a Rede SUS conta com 5.881 unidades hospitalares, 36.512 unidades básicas e 5.218 unidades de SADT, totalizando 47.611 estabelecimentos de saúde. Entretanto, deste total, 4.351 se localizam na região Norte (9,1%); 15.322, na região Nordeste (32,1%); 15.458, na região Sudeste (31,2%); 8.963, na região Sul (18,8%); e 3.517, na região Centro-Oeste (7,4%) (AMS/IBGE/DATASUS, 2002).

No final do século XX, a partir das tecnociências que florescem desde a Segunda Guerra Mundial, três noções aparecem indissociáveis do desenvolvimento do mundo contemporâneo: **velocidade**, **virtualidade** e **ruptura de fronteiras**, no dizer de Picon (1994). Paralelamente, a palavra-chave da tecnologia contemporânea vem a ser **confiabilidade** (Figura 3.28).

FIGURA 3.28 – Incorporação das Tecnociências no Século XXI



Nesse contexto, o da confiabilidade absoluta, insere-se o conceito de **manutenção** no Sistema Técnico Industrial, o qual poderia ser definido em termos epistemológicos como:

(...) a recusa do destino ou a luta contra o acaso (...) seguindo regras rotineiras e burocráticas para controlar seu aparelho em cada etapa, todo dia e em todo momento de seu funcionamento, de tal modo que você fique segura de que não haverá pane no período imediato em que vai utilizá-lo (...) (MOLES, 1994:66)

Observando-se os Gráficos 3.1, 3.2 e 3.3 e a Tabela 3.2 no início deste capítulo, tem-se a impressão de que, por um lado, há tendência de desaceleração no incremento de unidades hospitalares, por outro lado, se nos voltarmos para o incremento de unidades básicas, se percebe uma curva ainda em ascensão.

Embora expresse desaceleração no incremento de novas unidades hospitalares, isso não significa que se investirá menos nesse tipo de unidade; muito pelo contrário, pois as tabelas e gráficos podem estar mostrando que estamos apenas iniciando um novo modelo de investimento na Rede Hospitalar do SUS, que será voltado à transformação das unidades hospitalares existentes, de modo que estas possam incorporar novas tecnologias. Nesse contexto, a palavra chave é **reorganizar**.

Por sua vez, Dimas (2003) comenta que os custos para a operação e a manutenção da Rede existente tornam-se cada vez mais um desafio. Nas sociedades contemporâneas, as condições da incorporação de tecnologias em saúde e, mais especificamente, na assistência médico-hospitalar, vêm ampliando a capacidade de o homem intervir sobre os fenômenos da vida, permitindo minorar o sofrimento humano e proporcionando significativo aumento da duração e da qualidade da vida, embora acarrete acréscimo dos custos econômicos daí decorrentes.

Paralelamente, e agravando a situação no tocante às questões de sustentabilidade da Rede SUS, estudos demonstram que o processo de envelhecimento no Brasil não decorre da melhoria das condições gerais de vida da população mais idosa, mas sim da diminuição das taxas de natalidade e de mortalidade nas faixas etárias mais baixas. Tal fato constitui um desafio ao sistema de saúde no sentido de efetivar uma rápida qualificação da atenção a essa camada social representada pela Terceira Idade, uma vez que semelhante sobrevivência se dará com intenso e crescente amparo do SUS, em especial no que se refere ao uso de tecnologias voltadas para o diagnóstico e à

terapia vinculados às doenças crônicas e degenerativas, que são as que mais acometem essa parcela da população.

Nesse sentido, premido pelas demandas da sociedade, cabe ao Sistema de Saúde buscar nova função para cada unidade hospitalar existente, revendo seus papéis nas Redes de Serviços loco-regionais, por percebê-las como um dos componentes mais complexos e onerosos para o SUS. Será necessário, então, repensar o porte, o perfil, a complexidade e a capacidade resolutiva de cada Unidade Hospitalar, racionalizando processos e procedimentos.

Focalizando especificamente o processo de incorporação de tecnologias, o Sistema Único de Saúde vivencia a dualidade na prioridade de investimentos, uma vez que, por um lado, seria preciso incorporar novas e modernas máquinas para a atenção curativa terciária, que surgem cada vez mais rápido, como nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; por outro lado, buscam-se ainda novas tecnologias de promoção e prevenção da saúde para lidar com as chamadas 'doenças da pobreza' através da atenção básica, como, por exemplo, a Estratégia de Saúde da Família (Figuras 3.29 e 3.30).

FIGURA 3.29 – Pobreza Urbana



Foto: Alexandre Martha – 2003

Paralelamente, os avanços científicos e tecnológicos disponibilizam soluções eficientes para cada vez mais problemas de saúde, sobretudo, para quem pode pagar por eles, aumentando a pressão em relação ao financiamento do setor sem que estudos de custo-efetividade sejam operacionalizados para balizar escolhas e prioridades na alocação dos recursos de investimentos e, conseqüentemente, na incorporação de novas tecnologias de atenção à saúde.

FIGURA 2.30 – Avanços Tecnológicos.



Fonte: Arquivos do Projeto ReforSUS

É indiscutível que o processo de incorporação de tecnologias na assistência médico-hospitalar ocorre de modo acelerado, irreversível e implacável. Em nosso modo de ver, tal processo é marcado por quatro dimensões ‘estruturantes’, que lhe imprimem maior grau de complexidade:

- ❖ A incorporação de máquinas e equipamentos biomédicos não substitui a mão-de-obra existente;
- ❖ A incorporação de tecnologias para o apoio ao diagnóstico é cumulativa – uma nova tecnologia não prescinde da anterior;
- ❖ A incorporação de tecnologias na saúde pressupõe a formação/capacitação constante de operadores;

- ❖ A incorporação de tecnologias na saúde pressupõem cuidados redobrados com ‘a saúde’ do parque tecnológico, com vistas a sua confiabilidade.

Nesse contexto, as preocupações com a racionalização e a eficiência dos investimentos em saúde no Brasil, sobretudo os relativos à incorporação de tecnologias – iniciados no final da década de 1970 – antecedem o *boom* tecnológico da próxima década. A esse respeito diz Milton Santos:

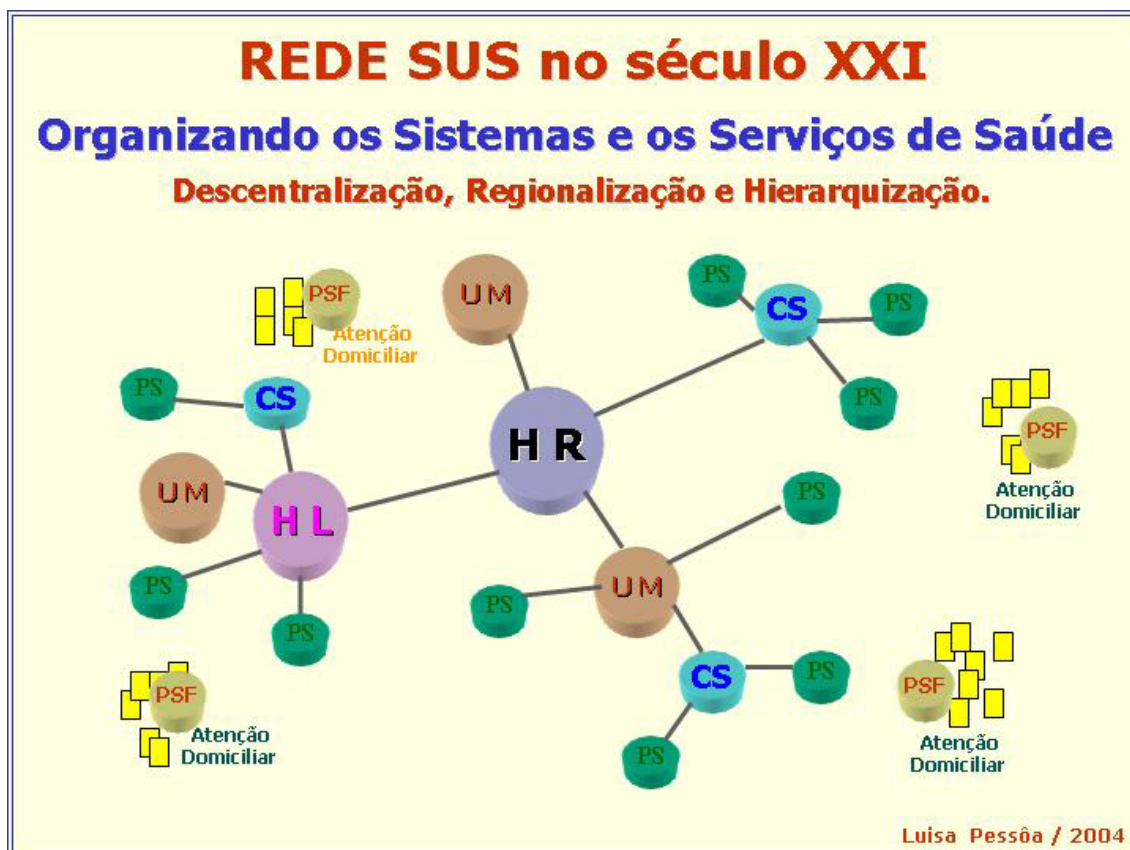
O período técnico-científico da história humana, que balbuciava desde o fim da Segunda Guerra Mundial, ia pouco a pouco tomando mais corpo, mostrando aqui e ali seus aspectos centrais, mas permitindo apenas lentamente uma apropriação sistemática de seus fundamentos. Com os anos 80, veio a grande aceleração. (SANTOS, 2002:17)

A mesma dinâmica vem impulsionando as transformações das Redes Físicas e Tecnológicas de Saúde nos diferentes continentes e países, inclusive naqueles em processo de desenvolvimento, trazendo à tona dilemas profundos no que concerne aos desafios da alocação de recursos para tal finalidade.

Estudos têm mostrado que, em países desenvolvidos, cerca de 25 a 50% dos parques de equipamento não estão sendo totalmente utilizados. As razões para o uso ineficiente são variadas e incluem: dificuldades na aquisição de materiais de consumo e de peças de reposição; falta de recursos humanos treinados; inadequada infra-estrutura para instalação e operação ou demanda muito baixa de pacientes.

Para o século XXI, temos, como o maior legado do antecessor, a Norma Operacional de Atenção à Saúde (NOAS), de 2001, que pretende nortear a reorganização da Rede SUS com base nos princípios da Regionalização, da Descentralização e da Hierarquização dos Serviços de Saúde, cuja porta de entrada no Sistema à Atenção Básica seria através do Programa de Saúde da Família (Figura 3.31).

FIGURA 3.31 – Esquema Gráfico da Rede SUS no Século XXI



CAPÍTULO IV. INVESTIMENTOS DO PROJETO REFORSUS NAS REGIÕES SUL E SUDESTE

4.1 Projeto ReforSUS: uma síntese

4.1.1 Estruturação e Diretrizes do Projeto

No período de 1996 a 2003, o Ministério da Saúde (MS) promoveu investimentos com recursos do tesouro e de empréstimos de bancos internacionais na ordem de R\$ 2,5 bilhões, com o objetivo de incorporar novas tecnologias na Rede Física e Tecnológica do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas a sua reorganização. Tais investimentos destinaram-se a capacitar e a reestruturar as infra-estruturas física, tecnológica e gerencial da rede de serviços públicos e filantrópicos do país.

O Projeto Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (ReforSUS), instituído em 1996, foi o responsável por volume expressivo desses recursos, constituindo-se no maior projeto de investimentos do Ministério da Saúde dos últimos trinta anos. Esses investimentos foram viabilizados por meio de acordos de empréstimo, no valor de U\$ 650 milhões, celebrados entre o governo brasileiro, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), mais a contrapartida nacional de U\$ 100 milhões, totalizando R\$ 1,3 bilhões, visando implementar ações estratégicas destinadas a reorganizar e fortalecer o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

Mais abrangente que seus predecessores, o ReforSUS pautou-se, conforme trechos extraídos dos Manuais de Avaliação e Operacionalização do Projeto, em diretrizes que privilegiam a equidade, a eficiência, a sustentabilidade e a efetividade dos investimentos. Com relação, especificamente, aos investimentos destinados à Rede SUS, a distribuição dos recursos financeiros entre os estados da federação foi realizada como explicado a seguir:

(...) 70% dos recursos foram distribuídos proporcionalmente à população; 30% restantes foram distribuídos de maneira inversamente proporcional ao gasto per capita de custeio (AIH e SAI) do Ministério da Saúde no ano de

1995. Desta forma, a UF onde o MS realizou o menor gasto per capita nesse ano, foi proporcionalmente contemplada com mais recursos. (MS, 1997:16).

Para garantir a escolha de propostas relevantes à reorganização da Rede SUS em cada estado, conforme o previsto no Manual de Operação do ReforSUS (MS, 1997), um conjunto de instâncias técnicas do projeto, articulado ao conjunto de instâncias de pactuação e de controle social do SUS, deveria garantir a eleição de projetos que apresentassem possibilidade de sustentabilidade e de causar efeitos sobre a clientela e os sistemas locais/regionais de saúde. O papel previsto para tais instâncias foi o seguinte:

Comissão Intergestores Tripartite (CIT): responsável pela aprovação de prioridades e supervisão global do Projeto;

Conselho Estadual de Saúde (CES): instância política no âmbito estadual;

Comissão Intergestores Bipartite (CIB): responsável pela aprovação de prioridades no âmbito de cada Estado;

Secretaria Estadual de Saúde (SES): responsável pela gestão operacional e de planejamento dos subprojetos de investimento;

Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Conselho Municipal de Saúde (CMS): responsáveis pela análise e encaminhamento de propostas em nível local.

Unidade Geral do Projeto ReforSUS (UGP/MS): responsável pela gerência operacional no âmbito nacional;

Unidade de Apoio Técnico Regional (UATR): integrantes da UGP/MS e responsável pelo acompanhamento, supervisão técnica, controle e avaliação das atividades desenvolvidas em nível estadual.

Para efeito de operacionalização do Projeto, as ações foram agrupadas nos seguintes componentes:

Componente I – Apoio à Melhoria da Capacidade e da Eficiência do SUS

Este componente investe cerca de R\$ 1 bilhão na incorporação de tecnologias no SUS, incluindo a contrapartida média de 20% dos beneficiários, abrangendo projetos em unidades de saúde localizadas nos vinte e sete estados da

federação e que estão distribuídos pelas quatro áreas assistenciais consideradas prioritárias:

Área Programática I – abrange subprojetos de readequação física e tecnológica da rede assistencial, com ênfase nas áreas de atenção ao parto, puerpério e período perinatal, além de urgências e emergências em grandes centros urbanos. Nessa área programática foram beneficiados 969 estabelecimentos públicos e filantrópicos de saúde de 766 municípios;

Área Programática II – envolve a aquisição de equipamentos para 2.300 Equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) distribuídas em 842 municípios, além de fomento aos Pólos de Capacitação;

Área Programática III - envolve 243 unidades beneficiadas com investimentos na ampliação da capacidade e melhoria da qualidade da rede hematológica e hemoterápica (HEMORREDE);

Área Programática IV - agrega os subprojetos de ampliação da capacidade e de melhoria da qualidade de vinte e seis Laboratórios Estaduais de Saúde Pública (LACEN).

4.1.2 Alguns resultados alcançados pelo Projeto ReforSUS.

4.1.2.1 Componente I

No Componente I do ReforSUS, R\$ 1.125,24 bilhões foram distribuídos por 1.171 subprojetos, dos quais 985 (84,1%) são relativos à Área Programática I (AP I); 59 (5,0%), à AP II; 101 (8,6%), à AP III; e 26 (2,2%), à AP IV (Tabela 4.1). Em valores, a distribuição dos investimentos realizados pelo ReforSUS (R\$ 1.164.608.540,40) significou a distribuição de R\$ 961.131.214,35 (82,5%) na AP I; de R\$ 39.364.113,14 (3,4%) na AP II; de R\$ 105.253.220,24 (9,0%) na AP III; e de R\$ 58.859.992,67 (5,1%) na AP IV (Tabela 4.1).

TABELA 4.1 – Projeto ReforSUS. Componente I: Segundo número de Subprojetos e de Recursos Envolvidos por Área Programática. Brasil.

ÁREAS PROGRAMÁTICAS	Nº DE SUBPROJETOS (%)	INVESTIMENTOS / R\$ (%)
AP I	985 (84%)	961.131.214,35 (82%)
AP II	59 (5%)	39.364.113,14 (4%)
AP III	101 (9%)	105.253.220,24 (9%)
AP IV	26 (2%)	58.859.992,67 (5%)
TOTAL	1.171	1.164.608.540,40

Fonte: Sistema de Informações ReforSUS. Março de 2004.

Em relação ao processo de elegibilidade de subprojetos da área Programática I do Componente I – envolvendo diretamente investimentos nas Unidades Hospitalares e Ambulatoriais do SUS –, no qual as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e as Unidades de Apoio Técnico Regional (UATR) tiveram papel relevante no processo de aprovação de Cartas-Consulta de Investimentos, conforme Relatório Final do Projeto Análise da Sustentabilidade dos Investimentos Acima de US\$ 1 Milhão do Projeto Reforsus¹²:

Os mecanismos de implementação do REFORSUS, ao refletirem o desenho institucional do SUS, favorecem normas centradas na imparcialidade e na transparência e visibilidade no processo decisório. Além disso, o modelo decisório do SUS é altamente hierarquizado e favorece a racionalidade técnica. A aprovação dos projetos implicou, além das condições técnicas e de adequação às normas gerais, a obtenção de apoios políticos junto aos organismos colegiados envolvidos com a cadeia de decisões. (ENSPTEC et alli, 2003:16)

Entretanto, de acordo com os relatos da coordenadora regional da UATR III, salienta-se que, em muitos casos, as instâncias de âmbito municipal e estadual se abstiveram da função que lhes fora atribuída na implementação do Projeto ReforSUS: de não aprovar ou tomar *inelegível* cartas-consulta não relevantes ou aparentemente não sustentáveis, cabendo este papel, às instâncias de âmbito federal, as UATRs e a UGP. No caso específico das cartas-consulta apresentadas à UATR III, de um total de aproximadamente 550 encaminhadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde, foram consideradas inelegíveis por essa instância cerca de 103 cartas-consulta.

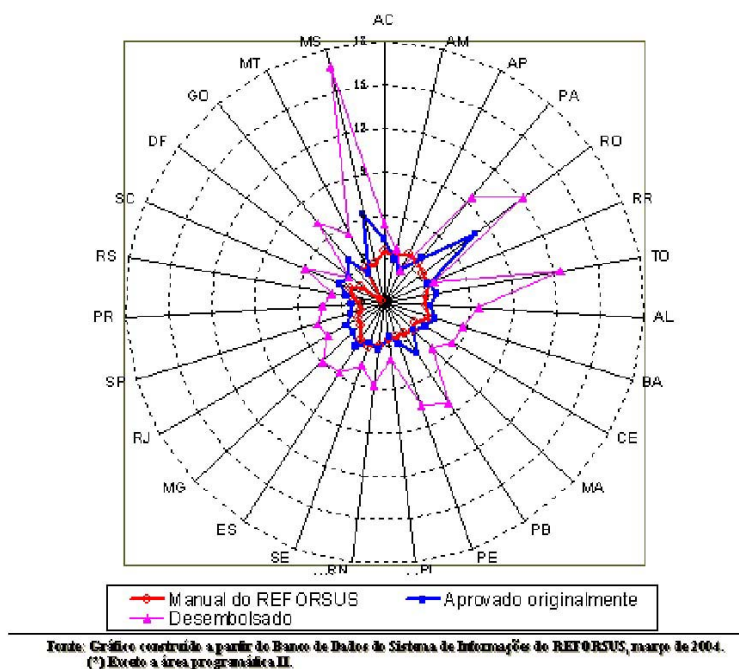
No que diz respeito ao montante de recursos envolvidos no Componente I, salienta-se que parte destes foi gerada em decorrência do aumento do dólar frente ao real, ocorrido em 2000, possibilitando a aprovação de novos projetos complementares e aditivos. Estes últimos alcançaram um volume bastante expressivo, representando 44,8% dos recursos desembolsados no Brasil como um todo, com pequenas oscilações entre as várias regiões do país.

Cabe destacar que, em que pese a metodologia de distribuição de recursos adotada pelo Projeto para a Área Programática I do Componente I –

¹² Projeto contratado pelo Componente II do Projeto ReforSUS.

apresentada no item anterior – os valores *per capita* desembolsados pelo Projeto para os estados da federação não corresponderam àqueles previstos pelo Manual do ReforSUS para a AP I, descrito acima, observando-se tendência aleatória entre a alocação dos recursos definida no início do Projeto e a efetivada. Os valores *per capita* iniciais tiveram alocação mais equânime do que aqueles praticados no final da execução dos subprojetos (Gráfico 4.1).

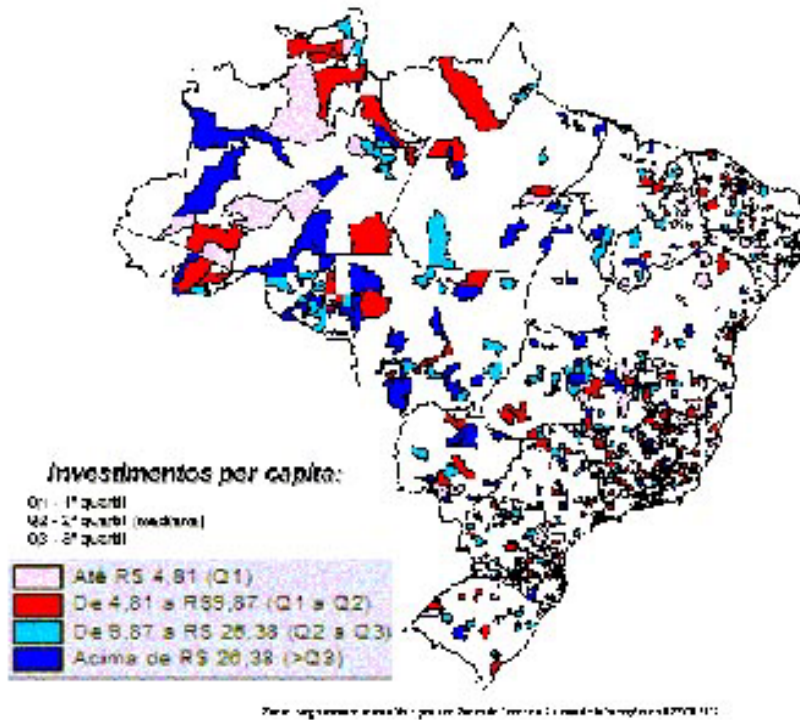
GRÁFICO 4.1 – Total de Recursos Envolvidos Iniciais, Aprovados e Finais, na Área Programática I do Componente I por Unidade da Federação. Brasil.



Fonte: Relatório Final do Projeto ReforSUS. Março de 2004.

Quanto à distribuição entre os municípios envolvidos, merecem destaque dois aspectos: o primeiro, relativo ao *per capita* investido, em que os municípios assinalados de azul, no mapa abaixo, foram agraciados com *per capita* maior que R\$ 26,00 (Mapa 4.1).

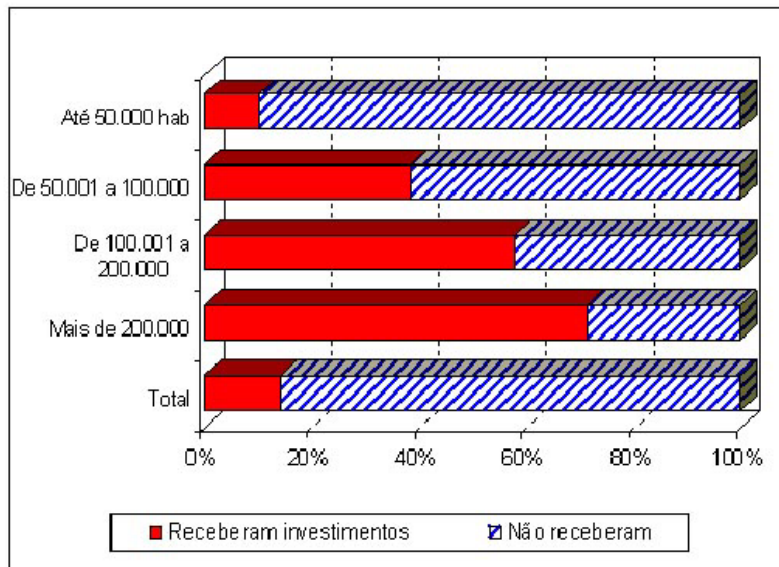
MAPA 4.1 – Distribuição dos Recursos do Componente I por município, segundo o per capita investido. Brasil.



Fonte: Relatório Final do Projeto ReforSUS. Março de 2004.

O segundo aspecto relevante tem relação com a distribuição dos recursos por município e concerne ao seu porte, observando-se que foram privilegiados municípios de médio e grande porte em detrimento dos pequenos (Gráfico 4.2).

GRÁFICO 4.2 – Distribuição dos Recursos do Componente I por porte do total de municípios. Brasil.



Fonte: Gráfico construído a partir do Banco de Dados do Sistema de Informações do REFOR SUS, março de 2004. (*) Exceto a área programática II.

Fonte: Relatório Final do Projeto ReforSUS. Março de 2004

Em relação a uma análise preliminar à pertinência dos investimentos, percebe-se que, apesar de a definição dos critérios de alocação dos recursos ter sido anterior à NOAS, muitos municípios-sede da NOAS acabaram sendo contemplados pelos investimentos. Assim, conforme tabela abaixo, 75,2% dos subprojetos do Componente I foram realizados em municípios que hoje são sede na regionalização da saúde proposta pela NOAS, concentrando 91,5% do total de recursos investidos no país. Entretanto, o estudo não permite determinar se os investimentos feitos nesses municípios o foram porque já eram importantes pólos assistenciais ou se o município tornou-se sede porque houve investimento nele (Tabela 4.2).

Uma hipótese possível – e provável – quanto aos estados da região Sul e Sudeste é a existência de uma organização territorial anterior à NOAS, remanescente do processo de regionalização médico-assistencial instaurado em meados da década de 1970 pelo PLUS. No caso específico dos estados de Minas Gerais e Rio Grande do Sul, esta hipótese é verdadeira; no que concerne ao primeiro, a regionalização anterior à NOAS está delineada no Capítulo V.¹³

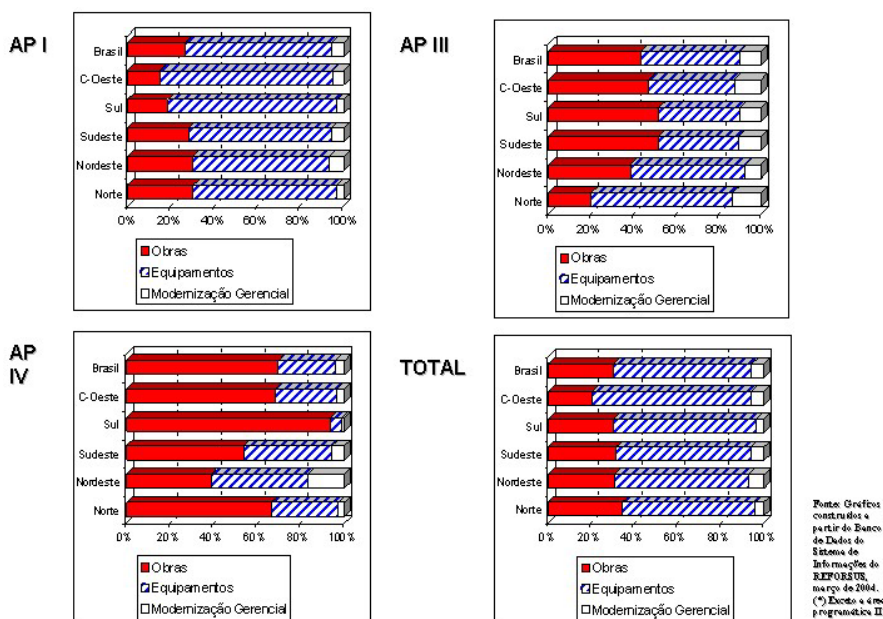
TABELA 4.2 – Projeto ReforSUS. Componente I exceto PSF, segundo número de subprojetos e recursos envolvidos por Região, em municípios com papel nos Planos Diretores de Investimentos. Brasil.

INVESTIMENTOS DO PROJETO REFORCUS POR MUNICÍPIOS R\$ 1,00									
REGIÕES	Nº total de municípios Beneficiados	Nº de municípios-sede no PDR	%	Nº total de subprojetos	Nº de subprojetos em municípios-sede do PDR	%	Valor total de Investimentos nos municípios	Valor Total de investimentos em municípios-sede	%
Norte	79	49	62	128	94	73	137.972.667	124.324.277	90
Nordeste	205	127	61	337	259	77	326.679.340	301.416.647	92
Sudeste	286	200	70	361	274	76	447.212.759	422.419.741	94
Sul	140	99	71	181	139	77	144.673.668	138.491.916	96
C. Oeste	75	46	61	103	69	67	112.235.156	83.207.009	74
Brasil	785	521	66	1.110	835	75	1.168.773.590	1.069.859.590	91

Fonte: Relatório Final do Projeto ReforSUS.- março de 2004.

¹³ Quanto ao Rio Grande do Sul, maiores informações sobre o processo de regionalização existente no estado e anterior à NOAS podem ser obtidas no artigo: Financiamento e regionalização em saúde: a experiência gaúcha, publicado em *Divulgação em Saúde para o Debate*, n.24. dez. 2001. Nos demais estados do sul e sudeste há evidências nas SES que consubstanciam esta hipótese.

GRÁFICO 4.3 – Distribuição dos Recursos do Componente I por Área Programática. (exceto a AP II) por categoria de investimentos. Brasil.



Fonte: Relatório Final do Projeto ReforSUS. Março de 2004.

Em relação ao total de investimentos e àqueles feitos na Área Programática I, relativa aos investimentos na Rede Hospitalar e Ambulatorial do SUS, percebe-se predominância de investimentos em aquisição de equipamentos, em particular, nas regiões Centro-Oeste e Sul, o que denota a preocupação com a atualização tecnológica. Entretanto, na Área Programática III e IV – respectivamente, investimentos na HEMORREDE e nos Laboratórios de Saúde Pública – este fato se inverte, com expressivas aplicações em obras, sugerindo a construção ou a ampliação de unidades com vistas à expansão dos serviços existentes.

Ainda com recursos do orçamento do Componente I, o Projeto ReforSUS priorizou também recursos na ordem de R\$ 157,2 milhões para o Projeto de Investimentos Estratégicos, destinados à aquisição de equipamentos com a finalidade de apoiar a implantação de Sistemas Estaduais de Referência para a Atenção à Geração de Alto Risco; Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência; Apoio Diagnóstico ao Programa Saúde da Família; Apoio à Informação e Educação à Distância para equipes de Saúde da Família e Curso

de Especialização e Residência em Saúde da Família, conforme demonstrado a seguir (Tabela 4.3).

TABELA 4.3 – Distribuição dos Recursos em Investimentos Estratégicos. Brasil.

PROJETO	VALOR DO INVESTIMENTO (Em R\$ Milhões)
Aquisição de Equipamentos para Atendimento de Urgência e Emergência	31,1
Aquisição de Equipamentos para Atendimento à Gestante de Alto Risco	32,8
Aquisição de Equipamentos de Apoio ao Diagnóstico para as Equipes de Saúde da Família	7,0
Aquisição de Equipamentos de Informática, Audiovisual e Mobiliário para Informação e Educação à Distância do Programa Saúde da Família	45,6
Curso de Especialização Presencial em Saúde da Família	7,1
Residência em Saúde da Família	33,6
TOTAL GERAL	157,2

Fonte: Sistema de Informações do Projeto ReforSUS. Março de 2004.

Foram adquiridos 947 kits de equipamentos, destinados ao atendimento de gestantes de alto risco assim como à urgência e à emergência, para 398 hospitais, de 266 municípios. Ainda foram comprados equipamentos de apoio ao diagnóstico para as unidades básicas de saúde de 55 municípios que possuem equipes do Programa Saúde da Família.

4.1.2.2 Componente II

Com os objetivos específicos de facilitar a estruturação de uma rede nacional de informação e avaliação em saúde; de estimular a capacidade de formulação de políticas de saúde descentralizadas; de desenvolver a capacidade gerencial das unidades gestoras; de apoiar o desenvolvimento de iniciativas inovadoras que contribuam para o aprimoramento e garantia de qualidade dos sistemas e serviços de saúde, esse Componente, com investimentos da ordem de R\$ 195,4 milhões, contempla ações, estudos e avaliações priorizadas pelo Ministério da Saúde.

Foram 42 projetos, dentre os quais alguns se destacam pelo impacto que deverão provocar no setor. A Rede Nacional de Informações em Saúde investiu R\$ 10 milhões em *hardware* e *software* para todas as Secretarias Estaduais e em 1.200 municípios, para permitir o trânsito, via INTERNET, de todas as informações de saúde disponíveis nas esferas federal, estadual e municipal.

Nessa mesma linha insere-se o Cartão Nacional de Saúde, com investimento piloto da ordem de R\$ 100 milhões, criado para melhorar o atendimento aos usuários do SUS, racionalizar os gastos, combater fraudes e aperfeiçoar o planejamento das ações de saúde. Nesse projeto-piloto foram contemplados 44 municípios, cuja população soma 13 milhões de habitantes.

Outros projetos de relevância em desenvolvimento são: Estudo de Sustentabilidade dos investimentos do Componente I acima de US\$ 1 milhão, Estudo de Carga de Doença, Fortalecimento Institucional das Secretarias Estaduais de Saúde, Projeto-Piloto de Modernização Gerencial em Grandes Estabelecimentos de Saúde; Cursos de Capacitação à Distância para Gerenciamento de Equipamentos Médico-Hospitalares e para Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde e Cursos Presenciais de Administração Hospitalar.

Vale mencionar, ainda, outros projetos executados: Cursos para Conselheiros Municipais de Saúde e Membros do Ministério Público, Sistema de Contas Nacionais em Saúde, Banco de Preços Hospitalares, Avaliação do Processo de Descentralização da Gestão do SUS, Impacto da Gestão Plena do Sistema Municipal e Avaliação dos Custos e Impacto do PAB, entre outros.

4.2 Alguns Resultados dos estados das Regiões Sul e Sudeste

Com vistas ao desenvolvimento do Projeto – sobretudo, quanto à execução física e financeira dos recursos aprovados para cada subprojeto – o país foi subdividido em três Unidades de Apoio Técnico às Secretarias Estaduais, dentre elas, a Unidade de Apoio Técnico Regional Sul e Sudeste, responsável pelos estados das Regiões Sul e Sudeste, exceto o de São Paulo, que se vincula diretamente à Unidade de Gerência do Projeto (Tabela 4.4).

TABELA 4.4 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos recursos segundo número de subprojetos e recursos envolvidos por Unidade Federada nos estados vinculados à Unidade de Apoio Técnico Regional III (UATR III).

UF	Nº DE SUBPROJETOS					VALOR APROVADO (R\$)
	AP I	AP II	AP III	AP IV	Total	
ES	12	4	3	1	20	21.481.955,75
MG	223	5	5	1	234	120.706.405,78
PR	60	3	3	1	67	58.978.032,22
RJ	38	4	6	-	48	68.823.994,00
RS	36	4	2	1	43	46.769.980,52
SC	76	2	2	1	81	37.804.986,49
TOTAL	445	22	21	5	493	354.565.364,76

Fonte: Sistema de Informações ReforSUS. Março de 2003.

Do total de 1.171 subprojetos aprovados nas quatro Áreas Programáticas, a UATR III foi responsável pelo gerenciamento da execução e avaliação de 493, o que representa 42% do total de subprojetos (Tabela 4.4).

Do ponto de vista dos recursos envolvidos, os R\$ 354 milhões aprovados no Componente I para os estados vinculados à UATR III – exceto os destinados aos Investimentos Estratégicos – representam 39% do total de R\$ 902,11 milhões reservados para o Componente.

Embora a estrutura administrativa do Projeto ReforSUS tenha previsto unidades descentralizadas para gestão dos investimentos em nível federal, pela criação das Unidades de Apoio Técnico Regional, e em nível estadual, com a criação das Gerências Estaduais, cabe questionar se não haveria, nessa medida, certa contradição na relação de centralização *versus* descentralização, uma vez que uma das estruturas administrativas descentralizadas da esfera federal, a UATR III, concentrou 42% dos subprojetos, o que representa 39% do total de recursos. A esse respeito, dizem Cohen e Franco:

Em termos abstratos, é possível pensar que podem ser alcançados resultados eficientes com qualquer das alternativas. Na prática, o êxito delas se decide com o problema do quantum de descentralização que se pretende e a forma e os meios através dos quais será realizada. (COHEN e FRANCO, 1994:37)

4.2.1 Caracterização Geral dos Investimentos do Projeto ReforSUS. nos Estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul

4.2.1.1 Região Sudeste

A Região Sudeste, exceto São Paulo, foi responsável por um número expressivo de subprojetos (Tabela 4.5), sobretudo no estado de Minas Gerais, o qual, embora com grande quantidade de frentes de atuação, manteve ritmo constante de conclusão de subprojetos.

TABELA 4.5 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos recursos segundo número de subprojetos e recursos envolvidos por Unidade Federada, em estados da Região Sudestes vinculados à Unidade de Apoio Técnico Regional III (UATR III).

REGIÃO SUDESTE COMPONENTE I		
UF	Nº DE SUBPROJETOS APROVADOS	RECURSOS APROVADOS
ES	19	R\$ 19.285.294,67
RJ	51	R\$ 53.428.047,44
MG	230	R\$ 112.057.003,78
TOTAL	300	R\$ 184.770.345,89

Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS. Outubro de 2001.

Como se pode ver no Gráfico 4.3, os investimentos do ReforSUS na Região focalizaram algumas instituições que necessitavam aumentar sua capacidade instalada, envolvendo aproximadamente 30% dos recursos em obras, e, prioritariamente, instituições dispostas a absorver equipamentos de média e alta complexidade com vistas ao incremento da oferta de serviços à população.

Estado do Rio de Janeiro

A distribuição de recursos do Projeto ReforSUS no Rio de Janeiro privilegiou municípios da região metropolitana e do interior do estado com subprojetos que envolviam basicamente obras e equipamentos. A exceção a essa lógica de distribuição ficou por conta da aprovação de quatro subprojetos da Área Programática I na Cidade do Rio de Janeiro, na região metropolitana, que beneficiam três grandes Hospitais de Emergência vinculados à Prefeitura com a aquisição de um Ultra-som Doppler para cada um, da mesma forma que o Hospital Universitário Pedro Ernesto, ligado à Universidade do estado, o qual estará readaptando sua maternidade, de modo a torná-la referência estadual

em partos de alto risco, afora os Investimentos no HEMORIO, vinculado à Área Programática III e aos subprojetos do PSF.

Os subprojetos da Área Programática I, de modo geral, concentraram-se primeiramente na área de parto, puerpério e período perinatal, ao passo que, como segunda prioridade, nos investimentos em urgência e emergência de média complexidade e UTIs.

Em princípio, a lógica de distribuição dos investimentos no estado foi compatível tanto com as prioridades do Projeto ReforSUS para a área Programática I, maternidades e urgência e emergência, como demonstram os incrementos e a reestruturação de leitos (Tabelas 4.8 e 4.9), bem como com os problemas de déficit de leitos no estado, sobretudo aqueles relativos à insuficiência quantitativa e qualitativa de leitos de Maternidade, Berçário e UTI neonatal, o que tem sido noticiado diversas vezes pela imprensa durante os últimos anos.

TABELA 4.6 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos recursos segundo número de subprojetos e recursos envolvidos no estado do Rio de Janeiro.

DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS DO COMPONENTE I		
ÁREA PROGRAMÁTICA	Nº DE SUBPROJETOS APROVADOS	RECURSOS APROVADOS
AP I	42	R\$ 45.342.596,73
AP II	03	R\$ 1.400.970,75
AP III	06	R\$ 6.684.479,96
AP IV	-	-
TOTAL	51	R\$ 53.428.047,44

Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS. Outubro de 2001.

Como pode ser observado na Tabela 4.6, o estado do Rio de Janeiro não foi contemplado com investimentos para o Laboratório Noel Nutels, o Laboratório Central de Saúde Pública, que perdeu o prazo para a realização dos investimentos, razão pela qual foi o único estado da federação a não receber investimentos para readequação física e tecnológica nessa Área Programática .

Conforme a Tabela 4.7, a Região Metropolitana I – que engloba a Baixada Fluminense e exclui a Cidade do Rio de Janeiro – apesar de ter sido beneficiada com 18 subprojetos de investimento, que representam quase R\$ 23 milhões, alcançou *per capita* de apenas R\$ 1,85. Ao Norte Fluminense, onde se situa a Bacia de Campos, coube apenas um subprojeto.

TABELA 4.7 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos recursos por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) segundo população, número de subprojetos, recursos envolvidos e per capita no estado do Rio de Janeiro.

DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS DO COMPONENTE I				
MACRORREGIÃO	POPULAÇÃO	Nº SUBPROJETOS	R\$ 1,00	PER CAPITA
Metropolitana I	12.44.256	18	22.920.400,04	1,85
Metropolitana II	1.708.815	07	8.093.531,17	4,74
Baía da Ilha Grande	173.555	01	1.036.216,64	5,97
Baixada Litorânea	441.000	02	1.461.523,88	3,31
Noroeste Fluminense	310.091	02	1.360.310,51	4,39
Centro-Sul Fluminense	294.987	04	3.548.246,43	12,03
Norte Fluminense	1.196.243	01	321.910,69	0,27
Serrana	837.828	08	6.777.959,90	8,09
Médio Paraíba	784.813	08	7.907.948,18	10,08
TOTAL	18.158.590	51	53.428.047,44	2,94

Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS. Outubro de 2001.

TABELA 4.8 – Projeto ReforSUS. Área Programática I do Componente I: Distribuição do Incremento de Leitos Hospitalares, por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001), por tipo de leito no estado do Rio de Janeiro.

INCREMENTO DE LEITOS HOSPITALARES DA ÁREA PROGRAMÁTICA I DO COMPONENTE I									
MACRORREGIÃO	OBST	BERÇ	C.M.	C.C.	C.P.	OUT	UTI ADU	UTI PED	UTI NEO
Metropolitana I	44	42	-	-	10	-	5	5	24
Metropolitana II	32	13	55	10	18	6	6	8	4
Baía da Ilha Grande	2	-	-	-	-	-	-	-	4
Baixada Litorânea	6	-	-	14	-	-	-	-	-
Noroeste Fluminense	19	5	19	-	-	-	-	-	-
Centro-Sul Fluminense	22	22	15	5	18	-	-	-	-
Norte Fluminense	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Serrana	9	1	4	4	-	7	-	-	-
Médio Paraíba	43	11	70	21	10	12	-	-	16
TOTAL	177	94	163	54	56	25	11	13	48

Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS. Outubro de 2001.

Com relação ao incremento potencial de leitos gerados pelos investimentos pode-se ver na Tabela 4.8 que houve concentração de recursos na Metropolitana I, II, no Médio Paraíba e no Centro-Sul Fluminense, regiões com grande contingente populacional. Destaca-se o incremento de leitos em UTI Neonatal, sobretudo na Metropolitana I e Médio Paraíba, reforçando a prioridade do estado e suprindo, em parte, o déficit desse tipo de leito.

TABELA 4.9 – Projeto ReforSUS. Área Programática I do Componente I: Distribuição da Reestruturação de Leitos Hospitalares por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) e por tipo de leito no estado do Rio de Janeiro.

REESTRUTURAÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES DA ÁREA PROGRAMÁTICA I DO COMPONENTE I									
MACRORREGIÃO	OBST	BERÇ	C.M.	C.C.	C.P.	OUT	UTI ADU	UTI PED	UTI NEO
Metropolitana I	25	-	69	45	40	1	-	-	-
Metropolitana II	-	18	-	8	-	-	-	-	-
Baía da Ilha Grande	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Baixada Litorânea	-	-	-	-	7	-	-	-	-
Noroeste Fluminense	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Centro-Sul Fluminense	5	-	5	-	-	-	-	-	-
Norte Fluminense	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Serrana	4	11	20	-	27	-	-	-	-
Médio Paraíba	49	-	6	42	24	-	-	-	20
TOTAL	83	29	100	95	98	1	-	-	20

Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS. Outubro de 2001.

A concentração de leitos reestruturados – Tabela 4.9 – em instituições nas quais foram feitas reformas e substituição de equipamentos em capacidade instalada já existente ocorreu, sobretudo, na Baixada Fluminense, no Médio Paraíba e na Região Serrana.

Com relação aos equipamentos de alto custo – Tabela IV.10 – houve concentração de aquisição de equipamentos para unidades de emergência, com os US DOPPLER e os Tomógrafos.

TABELA 4.10 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos Equipamentos Sob Controle do Ministério da Saúde por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) no estado do Rio de Janeiro.

INCREMENTO DE EQUIPAMENTOS SOB CONTROLE DO MS DA ÁREA PROGRAMÁTICA I DO COMPONENTE I									
MACRORREGIÃO	AL	TO	MA	AC	USD	RM	BC	HD	
Metropolitana I	-	01	02	01	05	-	-	-	
Metropolitana II	-	01	-	-	01	-	-	02	
Baía da Ilha Grande	-	-	-	-	01	-	-	-	
Baixada Litorânea	-	-	01	-	-	-	-	-	
Noroeste Fluminense	-	-	-	-	-	-	-	-	
Centro-Sul Fluminense	-	01	-	-	01	-	-	-	
Norte Fluminense	-	-	-	-	-	-	-	-	
Serrana	-	-	01	-	01	-	-	-	
Médio Paraíba	-	-	-	-	02	-	-	-	
TOTAL	-	03	04	01	11	-	-	02	

Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS. Outubro de 2001.

Estado do Espírito Santo

A Comissão Intergestora Bipartite do Estado do Espírito Santo distribuiu os recursos do Projeto ReforSUS em doze subprojetos, concentrando investimentos no município de Vila Velha, em um subprojeto de obra e aparelhamento no Hospital Estadual Geral Infantil de Vila Velha e em dois subprojetos para o Hospital Evangélico do Espírito Santo, além de um subprojeto na Capital, destinado ao Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, que constituem unidades de Referência Estadual. Os demais investimentos foram distribuídos entre municípios estratégicos para a reorganização da Rede SUS no estado (Tabela 4.11)

TABELA 4.11 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos recursos segundo número de subprojetos e recursos envolvidos no estado do Espírito Santo.

DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS DO COMPONENTE I			
ÁREA PROGRAMÁTICA	Nº DE SUBPROJETOS	APROVADOS	RECURSOS APROVADOS
AP I	11		R\$ 14.237.965,33
AP II	04		R\$ 791.380,70
AP III	03		R\$ 3.015.920,47
AP IV	01		R\$ 1.240.028,17
TOTAL	19		R\$ 19.285.294,67

Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS. Outubro de 2001.

A Tabela 4.12 demonstra a concentração de investimentos do Componente I na Região Metropolitana seguida da Região Sul, ambas relevantes para a organização do sistema de saúde do estado.

TABELA 4.12 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos recursos por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) segundo população, número de subprojetos, recursos envolvidos e *per capita* no estado do Espírito Santo.

DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS NO COMPONENTE I				
MACRORREGIÃO	POPULAÇÃO	Nº DE SUBPROJETOS	R\$ 1,00	PER CAPITA
Metropolitana	1.861.018	13	16.290.678,83	8,75
Centro Oeste	452.746	01	620.049,64	1,37
Nordeste	189.099	02	577.682,00	3,05
Sul	600.822	03	1.796.884,20	2,99
TOTAL	3.103.685	19	19.285.294,6	6,21

Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS. Outubro de 2001.

Conforme exposto na Tabela 4.13, houve concentração de investimentos para o incremento de leitos nas clínicas básicas, sobretudo a pediátrica, e para acréscimos de leitos de alto custo, envolvendo as Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal.

Com relação às áreas de intervenção dos investimentos na Metropolitana, salientamos que o Hospital Estadual Geral Infantil, em Vila Velha, foi contemplado com R\$ 7.170.000,00 para conclusão da unidade, incrementando 48 leitos Pediátricos, 10 leitos de UTI Neonatal e 8 de UTI Pediátrica.

Os investimentos no Hospital Evangélico, também em Vila Velha, concentraram-se na reorganização da UTI de adulto, com 10 leitos e a aquisição de 8 máquinas de Hemodiálise.

TABELA 4.13 – Projeto ReforSUS. Área Programática I do Componente I: Distribuição do Incremento de Leitos Hospitalares por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) e por tipo de leito no estado do Espírito Santo.

INCREMENTO DE LEITOS HOSPITALARES NA ÁREA PROGRAMÁTICA I DO COMPONENTE I									
MACRORREGIÃO	OBST	BERÇ	C.M.	C.C.	C.P.	OUT	UTI ADU	UTI PED	UTI NEO
Metropolitana	-	-	-	-	48	-	-	8	10
Centro Oeste	6	4	-	4	6	-	-	-	-
Nordeste	7	8	-	5	10	-	-	-	-
Sul	13	3	-	-	-	-	-	-	-
<i>TOTAL</i>	<i>26</i>	<i>15</i>	<i>-</i>	<i>9</i>	<i>64</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>8</i>	<i>10</i>

Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS. Outubro de 2001.

A estruturação de leitos existentes, como apresentado na Tabela 4.14, concentrou-se nas Macrorregiões Metropolitana e Sul, regiões tradicionalmente com oferta de serviços no estado, onde a capacidade física e tecnológica instalada encontrava-se deteriorada e obsoleta.

TABELA 4.14 – Projeto ReforSUS. Área Programática I do Componente I: Distribuição da Reestruturação de Leitos Hospitalares por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) e por tipo de leito no estado do Espírito Santo.

REESTRUTURAÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES NA ÁREA PROGRAMÁTICA I DO COMPONENTE I									
MACRORREGIÃO	OBST	BERÇ	C.M.	C.C.	C.P.	OUT	UTI ADU	UTI PED	UTI NEO
Metropolitana	13	-	18	-	21	-	-	-	-
Centro Oeste	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nordeste	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sul	7	9	16	6	16	-	5	-	-
<i>TOTAL</i>	<i>20</i>	<i>9</i>	<i>34</i>	<i>6</i>	<i>37</i>	<i>-</i>	<i>5</i>	<i>-</i>	<i>-</i>

Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS. Outubro de 2001.

Quanto aos equipamentos sob controle – Tabela 4.15 – merece destaque o número de Máquinas de Hemodiálise alocadas na Região Metropolitana.

TABELA 4.15 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos Equipamentos Sob Controle do Ministério da Saúde, por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) no estado do Espírito Santo.

INCREMENTO DE EQUIPAMENTOS SOB CONTROLE DO MS DA ÁREA PROGRAMÁTICA I DO COMPONENTE I								
MACRORREGIÃO	AL	TO	MA	AC	USD	RM	BC	HD
Metropolitana	-	-	-	-	1	-	-	8
Centro Oeste	-	-	-	-	-	-	-	-
Nordeste	-	-	-	-	-	-	-	-
Sul	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>TOTAL</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>1</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>8</i>

Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS. Outubro de 2001.

4.2.1.2 Região Sul

Com exceção do estado de Santa Catarina, que privilegiou parte dos investimentos em instituições de pequeno porte do interior do estado – em especial, hospitais de 30 a 50 leitos e unidades mistas –, os investimentos do ReforSUS, na Região Sul, focalizaram, em princípio, instituições de médio porte em que ocorreram obras de ampliação e reforma das instalações existentes além da substituição de equipamentos obsoletos, com vistas a melhorar a resolutividade dos serviços ofertados à população (Tabela 4.16).

TABELA 4.16 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos recursos segundo número de subprojetos e recursos envolvidos por Unidade Federada, em estados da Região Sul vinculados à Unidade de Apoio Técnico Regional III (UATR III).

REGIÃO SUL - COMPONENTE I		
UF	Nº DE SUBPROJETOS APROVADOS	RECURSOS APROVADOS
PR	66	R\$ 53.324.235,25
SC	79	R\$ 32.508.640,25
RS	43	R\$ 41.998.412,86
<i>TOTAL</i>	<i>188</i>	<i>R\$ 127.831.288,36</i>

Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS. Outubro de 2001.

Estado do Paraná

No Estado do Paraná, a alocação de recursos privilegiou as cidades de médio porte, contemplando **41** municípios dos **399** que compõem o Estado. O processo de aprovação de investimentos, que foi de responsabilidade da Comissão Intergestora Bipartite do estado, buscou investir no aumento da resolutividade de unidades hospitalares menos complexas, porém estratégicas do ponto de vista da reorganização do sistema de saúde do estado.

Conforme mostra a Tabela 4.17, a construção do novo Laboratório Central de Saúde Pública foi responsável por aporte significativo de recursos na Área Programática IV.

TABELA 4.17 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos recursos segundo número de subprojetos e de recursos envolvidos no estado do Paraná.

DISTRIBUIÇÃO DOS SUBPROJETOS DO COMPONENTE I		
ÁREA PROGRAMÁTICA	Nº DE SUBPROJETOS APROVADOS	RECURSOS APROVADOS
AP I	59	R\$ 36.139.839,23
AP II	03	R\$ 2.764.188,55
AP III	03	R\$ 4.330.932,51
AP IV	01	R\$ 10.089.274,96
<i>TOTAL</i>	<i>66</i>	<i>R\$ 53.324.235,25</i>

Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS. Outubro de 2001.

Na distribuição dos recursos pelas Macrorregiões de Saúde, conforme a Tabela 4.18, priorizaram-se as unidades estratégicas do ponto de vista da organização do sistema, fortalecendo-se as Macrorregiões Metropolitana, Norte, Oeste e Noroeste e consolidando pólos de referência estadual nas principais cidades dessas Macrorregiões.

TABELA 4.18 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos recursos por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) segundo população, número de subprojetos, recursos envolvidos e *per capita* no estado do Paraná.

DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS NO COMPONENTE I				
MACRORREGIÃO	POPULAÇÃO	Nº SUBPROJETOS	R\$ 1,00	PER CAPITA
Metropolitana	3.047.886	17	17.381.362,16	5,70
Campos Gerais	800.027	05	1.583.750,75	1,98
Norte	1.538.374	15	14.821.041,01	9,63
Centro	646.523	03	1.370.801,51	2,12
Oeste	1.110.647	07	7.419.745,47	6,68
Sudoeste	548.518	03	441.838,07	0,81
Noroeste	1.566.865	16	10.305.696,28	6,58
<i>TOTAL</i>	9.258.840	66	53.324.235,25	5,76

Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS. Outubro de 2001.

Em relação ao incremento potencial de leitos – Tabela 4.19 – observa-se que houve concentração nos leitos de maternidade e pediatria, seguida por incremento nas unidades de terapia intensiva de adultos, neonatos e pediátricos. Merece destaque a Macrorregião Centro, onde não houve incremento de leitos em nenhuma das clínicas.

TABELA 4.19 – Projeto ReforSUS. Área Programática I do Componente I: Distribuição do Incremento de Leitos Hospitalares por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) e por tipo de leito no estado do Paraná.

INCREMENTO LEITOS HOSPITALARES NA ÁREA PROGRAMÁTICA I DO COMPONENTE I									
MACRORREGIÃO	OBST	BERÇ	C.M.	C.C.	C.P.	OUT	UTI ADU	UTI PED	UTI NEO
Metropolitana	17	6	-	-	8	-	-	-	11
Campos Gerais	8	14	7	8	-	-	6	3	3
Norte	24	11	-	3	30	3	11	1	-
Centro	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oeste	31	13	17	21	22	-	6	2	6
Sudoeste	16	14	1	2	3	-	-	-	6
Noroeste	30	24	42	45	43	8	11	11	4
<i>TOTAL</i>	126	82	67	79	106	11	34	17	30

Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS. Outubro de 2001.

No tocante à reestruturação de leitos, na Tabela 4.20 observa-se a concentração desse tipo de investimentos em leitos de maior complexidade nas Macrorregiões Metropolitana e Norte, cabendo às demais Macrorregiões, inclusive a Centro, investir na reestruturação de leitos nas Clínicas Básicas.

TABELA 4.20 – Projeto ReforSUS. Área Programática I do Componente I: Distribuição da Reestruturação de Leitos Hospitalares por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) e por tipo de leito no estado do Paraná.

REESTRUTURAÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES NA ÁREA PROGRAMÁTICA I DO COMPONENTE I									
MACRORREGIÃO	OBST	BERÇ	C.M.	C.C.	C.P.	OUT	UTI ADU	UTI PED	UTI NEO
Metropolitana	33	-	-	-	63	-	14	-	15
Campos Gerais	8	-	17	-	75	26	-	-	-
Norte	-	-	53	-	-	-	24	10	13
Centro	4	-	15	5	6	-	-	-	-
Oeste	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudoeste	5	-	12	2	3	-	-	-	-
Noroeste	4	-	9	4	8	-	-	-	-
TOTAL	54	-	106	11	155	26	38	10	28

Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS. Outubro de 2001.

Os equipamentos de alto custo relacionados na Tabela 4.21 – principalmente, os destinados a serviços de emergência, como o Arco em C e o Ultra-som Doppler – se dividiram entre todas as macrorregiões, exceto a Sudoeste, sugerindo a estruturação de Pólos de Referências Regionais para atendimento de Emergência.

TABELA 4.21 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos Equipamentos Sob Controle do Ministério da Saúde por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) no estado do Paraná.

INCREMENTO DE EQUIPAMENTOS SOB CONTROLE DO MS DA ÁREA PROGRAMÁTICA I DO COMPONENTE I									
MACRORREGIÃO	AL	TO	MA	AC	USD	RM	GC	BC	HD
Metropolitana	-	-	-	1	2	1	-	-	-
Campos Gerais	-	-	-	1	2	-	-	-	4
Norte	-	-	-	2	2	-	-	-	-
Centro	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Oeste	-	1	-	1	1	-	-	-	-
Sudoeste	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noroeste	-	-	-	1	1	-	-	-	-
TOTAL	-	1	-	7	8	1	-	-	4

Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS. Outubro de 2001.

Estado de Santa Catarina

No Estado de Santa Catarina, o perfil de alocação de recursos priorizou os investimentos de pequena monta em municípios do interior do estado, com exceção dos investimentos realizados nas instituições vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde.

Do total de 75 subprojetos aprovados na Área Programática I, 24 subprojetos, representando 32% do total, contemplaram investimentos de valor inferior a R\$

350.000,00, contribuindo para a rápida conclusão dos investimentos no estado (Tabela 4.22).

Merecem destaque os investimentos em três instituições de referência estadual na área da atenção oncológica de alta complexidade, instalados nos municípios de Criciúma, Chapecó e na Capital, sedes de Macrorregiões de Saúde, conforme o Mapa 4.2.

TABELA 4.22 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos recursos segundo número de subprojetos e de recursos envolvidos no estado de Santa Catarina.

DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS NO COMPONENTE I		
Área Programática	Nº de Subprojetos Aprovados	Recursos Aprovados
AP I	74	R\$ 27.251.902,62
AP II	02	R\$ 1.582.329,50
AP III	02	R\$ 2.762.067,78
AP IV	01	R\$ 912.340,35
TOTAL	79	R\$ 32.508.640,25

Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS. Outubro de 2001.

MAPA 4.2 Distribuição Espacial dos Centros de Atenção Oncológica (CACON) implantados no estado de Santa Catarina na área Programática I do Componente do Projeto ReforSUS.



Fonte: UATR III/Projeto ReforSUS. Outubro de 2001.

Estado do Rio Grande do Sul

Dos **36** subprojetos aprovados, os **sete** mais pontuados contemplavam unidades em Porto Alegre, a capital do estado. A Gerência ReforSUS, em

consonância com as prioridades da Secretaria Estadual de Saúde, negociou com a CIB/RS a ida desses subprojetos de unidades da capital para o final da fila, privilegiando os subprojetos do interior do estado, que se destinavam principalmente a investimentos na área da atenção ao parto, ao puerpério e ao período perinatal, além de urgência e emergência de média e alta complexidade.

Em virtude da existência de uma Rede SUS estruturada no estado, os investimentos do Projeto concentraram-se na aquisição de equipamentos com vistas à substituição dos existentes, já obsoletos, e com o objetivo de imprimir maior resolutividade aos serviços. Nesse sentido, **84%** dos investimentos no estado destinaram-se à aquisição de equipamentos. A distribuição dos investimentos entre as Áreas Programáticas do Componente I ocorreu conforme Tabela 4.23.

TABELA 4.23 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos recursos segundo número de subprojetos e de recursos envolvidos no estado do Rio Grande do Sul.

DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS DO COMPONENTE I		
Área Programática	Nº de Subprojetos Aprovados	Recursos Aprovados
AP I	36	R\$ 33.380.480,66
AP II	04	R\$ 1.373.041,50
AP III	02	R\$ 3.272.247,46
AP IV	01	R\$ 3.972.643,24
<i>TOTAL</i>	<i>43</i>	<i>R\$ 41.998.412,86</i>

Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS. Outubro de 2001.

Na Tabela 4.24 observa-se a concentração de investimentos na Região Metropolitana – onde se esperava um incremento de 58 leitos de UTI, dos quais 8 seriam de adulto, 10 pediátricos e 40 neonatais – seguida da Macrorregião Centro-Oeste, com incremento previsto de 24 leitos de Terapia Intensiva.

TABELA 4.24 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos recursos por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) segundo população, número de subprojetos, recursos envolvidos e per capita no estado do Rio Grande do Sul.

DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS DO COMPONENTE I				
Macrorregião	População	Nº Subprojetos	R\$ 1,00	Per capita
Metropolitana	4.174.000	23	25.661.830,76	6,15
Serra	944.000	02	4.943.595,99	5,24
Centro-Oeste	1.175.000	06	4.965.862,19	4,23
Norte	1.040.000	03	1.412.161,70	1,36
Vales	727.000	03	228.323,00	0,31
Missioneira	1.028.000	04	963.817,0,	0,94
Sul	994.000	02	3.822.822,22	3,85
TOTAL	10.082.000	43	41.998.412,86	4,17

Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS. Outubro de 2001.

As Regiões mais carentes e de maior dificuldade de acesso do estado, inclusive pela vasta extensão territorial dos Vales e Missioneira, contaram com poucos recursos de investimentos, se comparadas às demais. No geral, houve expressivo aumento do número de leitos de unidades de terapia intensiva, principalmente os neonatais (Tabela 4.25).

TABELA 4.25 – Projeto ReforSUS. Área Programática I do Componente I: Distribuição do Incremento de Leitos Hospitalares por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) e por tipo de leito no estado do Rio Grande do Sul.

INCREMENTO DE LEITOS HOSPITALARES NA ÁREA PROGRAMÁTICA I DO COMPONENTE I									
MACRORREGIÃO	OBST	BERÇ	C.M.	C.C.	C.P.	OUT	UTI ADU	UTI PED	UTI NEO
Metropolitana	-	-	-	-	4	-	8	10	40
Serra	-	-	21	66	-	-	-	-	-
Centro-Oeste	-	1	-	-	8	-	2	13	9
Norte	-	-	-	-	4	-	4	4	-
Vales	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Missioneira	-	-	-	-	6	-	-	-	-
Sul	-	-	-	-	27	-	5	4	3
TOTAL	-	1	21	66	49	-	19	31	52

Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS. Outubro de 2001.

Como pode ser observado na Tabela 4.26, houve significativa reestruturação das unidades existentes, o que se mostra compatível com o perfil de

investimentos do estado, que alocou expressivo percentual de recursos para a substituição do parque tecnológico em todas as áreas de atenção e, sobretudo, na incorporação de novos equipamentos às Unidades de Terapia Intensiva, as quais totalizam 80 leitos neonatais, 35 pediátricos e 16 adultos reequipados.

TABELA 4.26 – Projeto ReforSUS. Área Programática I do Componente I: Distribuição da Reestruturação de Leitos Hospitalares por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) e por tipo de leito no estado do Rio Grande do Sul.

REESTRUTURAÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES NA ÁREA PROGRAMÁTICA I DO COMPONENTE I									
MACRORREGIÃO	OBST	BERÇ	C.M.	C.C.	C.P.	OUT	UTI ADU	UTI PED	UTI NEO
Metropolitana	129	14	28	80	50	-	-	16	63
Serra	28	-	-	-	50	-	10	11	17
Centro-Oeste	20	11	24	13	62	28	-	-	-
Norte	-	-	-	22	12	-	-	-	-
Vales	-	-	-	-	-	-	-	8	-
Missioneira	39	17	30	15	12	-	-	-	-
Sul	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	216	42	82	130	186	28	10	35	80

Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS. Outubro de 2001.

Em acordo com a Tabela 4.27, os investimentos em equipamentos de alto custo concentraram-se nos equipamentos destinados a unidades de emergência, como o Ultra-som Doppler e os de Hemodiálise.

TABELA 4.27 – Projeto ReforSUS. Componente I: Distribuição dos Equipamentos Sob Controle do Ministério da Saúde, por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) no estado do Rio Grande do Sul.

INCREMENTO DE EQUIPAMENTOS SOB CONTROLE DO MS DA ÁREA PROGRAMÁTICA I DO COMPONENTE I									
MACRORREGIÃO	AL	TO	MA	AC	USD	RM	GC	BC	HD
Metropolitana	-	-	1	-	5	-	-	-	-
Serra	-	-	-	-	1	-	-	1	10
Centro-Oeste	-	1	-	-	1	-	-	-	-
Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vales	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Missioneira	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Sul	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	-	1	1	-	8	-	-	1	10

Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS. Outubro de 2001.

Resgatando uma das orientações de Cohen e Franco para estruturação de Projetos Sociais, mais especificamente, a que aborda a questão da prática de política compensatória – em que o universalismo ‘perde terreno’ para a

seletividade, significando que “*em suma, deve-se dar mais a quem tem menos*” (COHEN e FRANCO, 1994:30) – cabe uma pergunta: se, na área Programática I do Componente I, em seis estados foram gastos R\$ 354 milhões do total de recursos (39%), os quais, somados aos recursos destinados ao estado de São Paulo, da ordem de R\$ 160 milhões, totalizam aproximadamente R\$ 522 milhões e perfazem um percentual de 58% dos recursos, isso quer dizer que 42% dos recursos restantes foram divididos entre 19 estados e o Distrito Federal?

4.2.2 Condições de Sustentabilidade dos Investimentos do Componente I do Projeto ReforSUS nos Estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul

Com base nos dados do Módulo de Avaliação do Sistema de Informação do Projeto ReforSUS – mais especificamente, no Relatório Processo de Avaliação dos Subprojetos Concluídos, posição julho de 2004, conforme Tabela 4.28 – observa-se que os estados examinados obtiveram boa performance na execução dos subprojetos, cabendo às unidades federadas da Região Sudeste os piores resultados. Contudo é possível considerar 80% dos investimentos concluídos como um resultado regular.

TABELA 4.28 – Situação de Execução dos Subprojetos do Componente I do Projeto ReforSUS nos Estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Situação de Execução dos Subprojetos do Componente I	RJ	ES	PR	SC	RS
Total de Subprojetos Aprovados	55	20	69	83	44
Total de Subprojetos Concluídos	44	17	65	80	40
%	80	85	94	96	91

Fonte: Sistema de Informação do Projeto Reforsus. Julho de 2004.

A Tabela 4.29 informa as condições de sustentabilidade dos investimentos do Projeto ReforSUS. Observa-se que os maiores percentuais de funcionamento estão com os estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul, seguidos do Paraná.

Do ponto de vista do percentual de subprojetos *sem informações sobre as condições de funcionamento*, a melhor performance está com o estado do

Paraná, seguido do Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Novamente os estados da Região Sul.

TABELA 4.29 – Condições de Sustentabilidade dos Subprojetos do Componente I do Projeto ReforSUS nos Estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Condições de Sustentabilidade dos Subprojetos Concluídos	RJ		ES		PR		SC		RS	
	UND	%	UND	%	UND	%	UND	%	UND	%
	44	100	17	100	65	100	80	100	40	100
Instituições em funcionamento	6	14	4	24	30	46	39	49	19	48
Instituições com problemas de funcionamento	7	16	2	12	7	11	4	5	4	10
Instituições sem capacidade de funcionamento	1	2	1	5	1	2	0	0	0	0
Instituições sem informações	30	68	10	59	27	41	37	46	17	42

Fonte: Sistema de Informação do Projeto Reforsus. 5 de Julho de 2004.

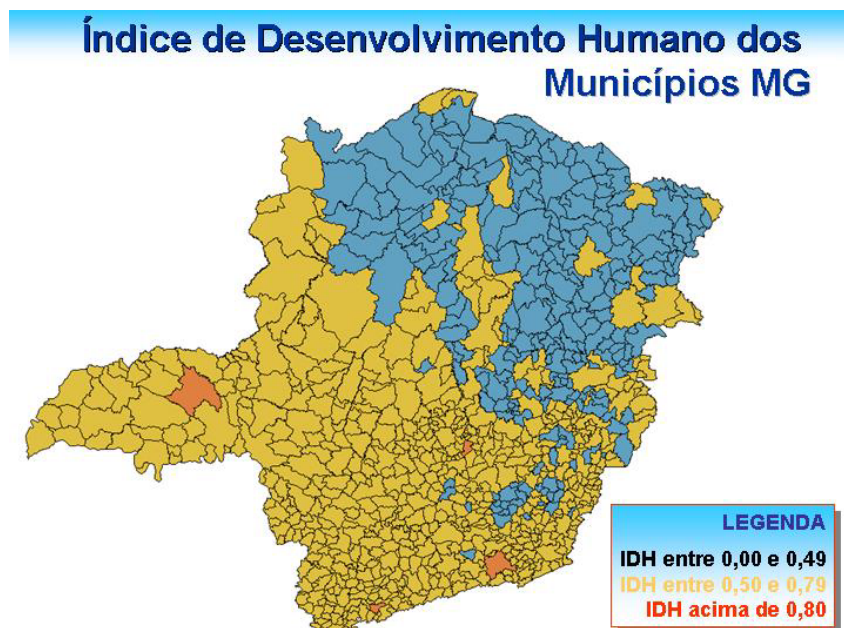
Os altos percentuais de subprojetos sem informação apontam para a necessidade de melhoria nos sistemas de informação, sobretudo na coleta dos dados relativos ao funcionamento das instituições beneficiadas com investimentos, e da criação de mecanismos de avaliação, corroborando as orientações de Cohen e Franco, em especial, sobre a relevância de os Projetos Sociais impulsionarem o incremento no avanço do conhecimento técnico. Para os autores, tal incremento significa construir eficientes instrumentos para a realização do diagnóstico, melhorar os sistemas de informação e criar mecanismos de monitoramento e avaliação factíveis do ponto de vista operacional. (COHEN e FRANCO, 1999).

CAPÍTULO V. INVESTIMENTOS DO PROJETO REFORSUS NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Localizado a noroeste da Região Sudeste, o estado de Minas Gerais possui extensão territorial de 588.383,60 km², subdividindo-se em 853 municípios. Conta com população de 17.689.658 habitantes e sua densidade demográfica é de 30,10 hab/km², tendo índice de analfabetismo de 17,18%. Destacam-se como cidades mais populosas: Belo Horizonte, Contagem, Juiz de Fora, Uberlândia, Montes Claros, Governador Valadares e Uberaba.

O estado é marcado por grande desigualdade regional, apresentando, por um lado, zona próspera e com boas condições de vida para a população no sul de Minas e, por outro, o semi-árido mineiro que abarca toda a região norte abrangendo as regiões de Montes Claros, Governador Valadares, Teófilo Otoni e, sobretudo, o Vale do Jequitinhonha. Essa desigualdade pode ser observada no Mapa 5.1, a seguir, que expressa o IDH-Municipal de 2000.

MAPA 5.1 Distribuição do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-Municipal) por município no estado de Minas Gerais – 2000.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.

Em relação à Região Sudeste e ao Brasil, o estado apresenta desequilíbrio nos indicadores da atenção materno-infantil, principalmente quanto à mortalidade materna, como expresso pelos indicadores na Tabela 5.1.

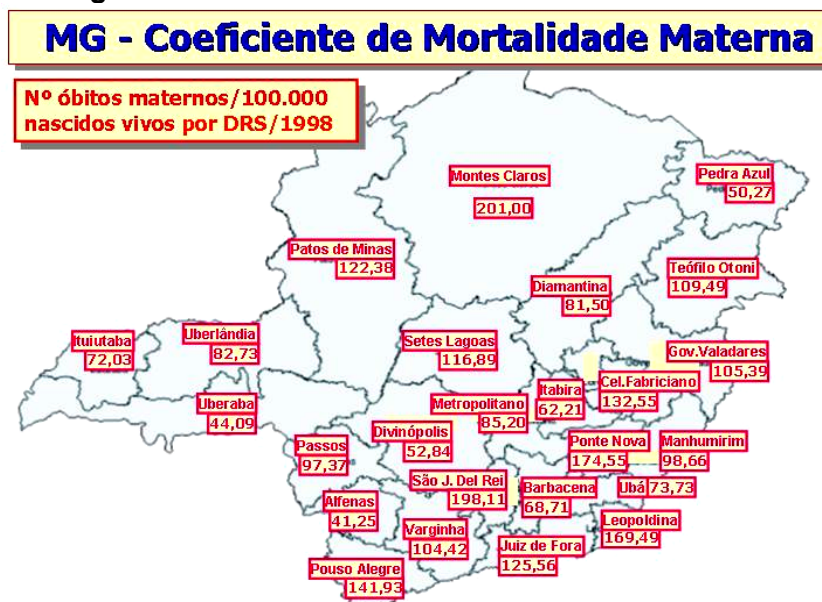
TABELA 5.1 – Mortalidade Materno-Infantil. Região Sudeste, Minas Gerais. Brasil
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

INDICADOR	MG	REGIÃO SUDESTE	BRASIL
Mortalidade Materna (óbitos maternos/100.000 nasc. vivos)	86,60	67,80	68,00
Mortalidade Neonatal Precoce (óbitos 0 a 6 dias/1.000 nasc. vivos)	14,20	11,60	15,60
Mortalidade Neonatal Tardia (óbitos 7 a 27 dias/1.000 nasc. vivos)	3,10	3,10	4,20
Mortalidade Infantil (óbitos 0 a 4 anos/1.000 nasc. vivos)	27,00	22,10	33,10

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, 2001.

As Macrorregiões de Pouso Alegre e Varginha, no Sul de Minas, e as de Uberaba e Uberlândia, no Triângulo Mineiro, são as únicas do estado com a totalidade dos municípios acima de 0,50, possuindo, inclusive, municípios com índice acima de 0,80 – destacados em vermelho –, que expressam excelentes condições de desenvolvimento humano.

MAPA 5.2 Distribuição do Coeficiente de Mortalidade Materna por Diretoria Regional de Saúde do estado de Minas Gerais – 1998



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.

O Mapa 5.2 expressa a mortalidade materna por Diretoria Regional de Saúde, a qual, na DRS de Montes Claros, chegou a 201 por 100.000 nascidos vivos

em 1998. Quanto ao IDH Municipal, os municípios da Região de Montes Claros e adjacências estão com índice entre 0,00 e 0,49, em contraponto ao restante do estado, que está majoritariamente com o índice médio de 0,50 a 0,79.

5.1 Caracterização do Setor Saúde no Estado

O Sistema Único de Saúde de Minas Gerais é composto, além dos sistemas municipais de saúde, pela Secretaria de Estado da Saúde (SES), Fundação Ezequiel Dias (FUNED), Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (HEMOMINAS) e 25 Diretorias Regionais de Saúde e 69 Microrregiões de Saúde, organizadas em 07 Macrorregiões de Saúde, que podem ser examinadas no Mapa 5.3.

MAPA 5.3 Organização Territorial do estado de Minas Gerais por Diretoria Regional de Saúde, em vigor até 2001.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

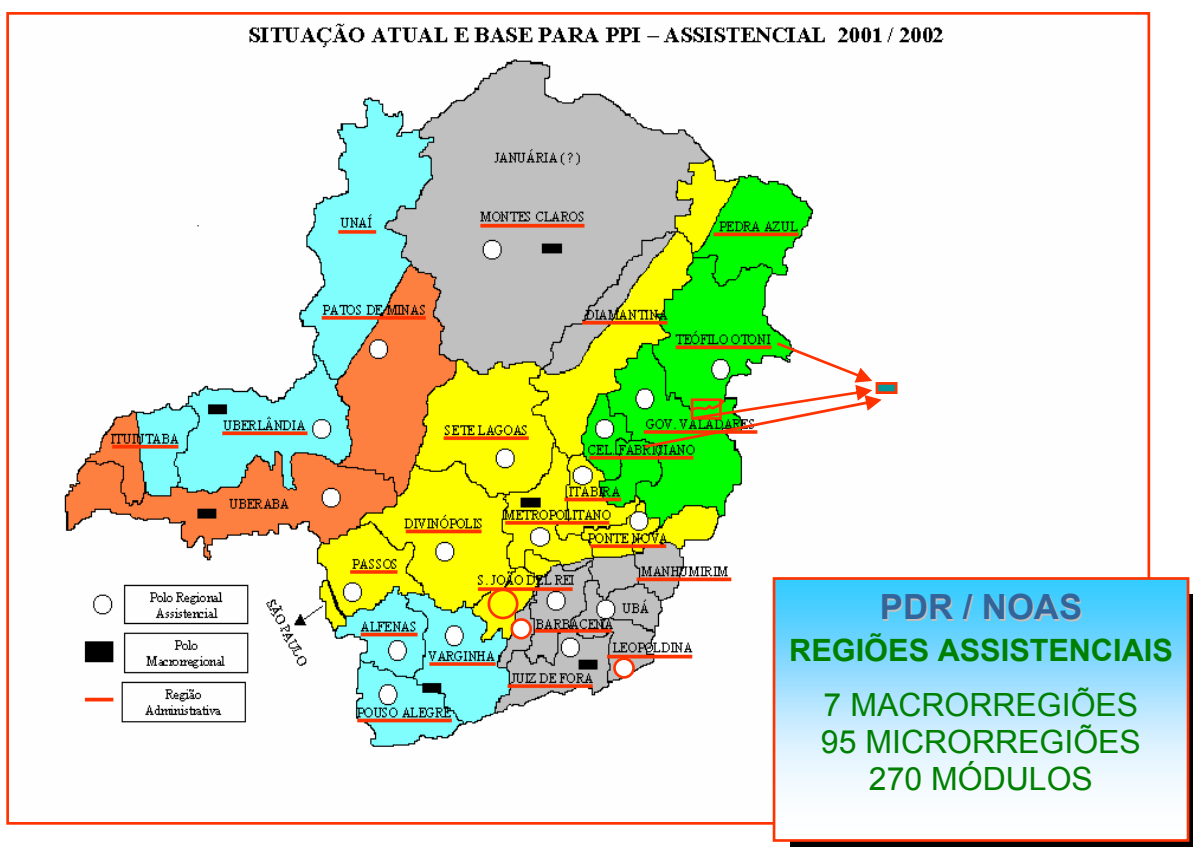
Com relação à condição de gestão dos municípios do estado de Minas Gerais, merece destaque o fato de que a quase totalidade dos 853 municípios da unidade federada ter sido habilitada, conforme Tabela 5.2.

TABELA 5.2 – Condição de Habilitação dos municípios do estado de Minas Gerais - 2001

NÚMERO DE MUNICÍPIOS		PLENA DO SISTEMA		PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA		SEM HABILITAÇÃO	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
853	100	57	6,5	784	92	12	1,5

No início de 2001, a partir da edição da Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS) pelo Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas (SES/MG) promoveu intenso processo de discussão da reorganização de suas Redes loco-regionais, cujo resultado se expressa no Mapa 5.3.

MAPA 5.4 Organização Territorial do estado de Minas Gerais por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (PDR/NOAS) – 2001



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.

Como pode ser observado, foram mantidas as sete macrorregiões de saúde e reagrupadas as Diretorias Regionais, que passaram a conformar as 95 Microrregiões, as quais, por sua vez, englobam 270 Módulos Assistenciais.

5.2 Caracterização dos Investimentos ReforSUS no estado de Minas Gerais

Do total de recursos financeiros do Brasil, o estado de Minas Gerais recebeu, em média, 12,50%, o equivalente a 132,47 milhões. Em relação aos recursos destinados às Áreas Programáticas I, II, III e IV, sobressai o percentual daqueles alocados para o Programa de Saúde da Família, que representa 21,47% do total de recursos do país (Tabela 5.3).

Por sua vez, os recursos destinados à Hemorrede e ao Laboratório Central de Saúde Pública estão bastante abaixo da média do estado. Merece destaque o valor final alocado para a Readequação da Capacidade Física e Tecnológica da Rede SUS – (AP I) – no valor de R\$ 99 milhões, uma vez que a soma original destinada pelo Ministério da Saúde para este fim no estado, em 1996, estava na ordem de R\$ 39 milhões. Como já mencionado, tal fato se deve à variação do dólar em 2000 e à capacidade de o estado executar subprojetos, o que possibilitou a solicitação de recursos complementares, sobretudo para aquisição de equipamentos.

TABELA 5.3 – Distribuição dos Recursos por Área Programática do Componente I e Investimentos Estratégicos. Brasil e estado de Minas Gerais

ÁREAS DE INTERVENÇÃO	BRASIL	MG	% <i>Em R\$ milhões</i>
Componente I	902,11	115,75	12,83
AP I – Readequação física e tecnológica da Rede SUS	732,66	99,51	13,58
AP II – Programa de Saúde da Família	37,40	8,03	21,47
AP III – Hemorrede	85,86	6,22	7,24
AP IV – Laboratório Central de Saúde Pública	46,24	1,97	4,26
Investimentos Estratégicos:	157,20	16,72	10,63
<i>Total de Investimentos</i>	<i>1.059,31</i>	<i>132,47</i>	<i>12,50</i>

Fonte: Sistema de Informações REFORSUS. Julho de 2002

Embora contando com a tradição de um sistema de saúde estruturado em bases regionalizadas, a priorização e a aprovação dos investimentos no início do Projeto ReforSUS, entre 1996 e 1997, ocorreu sob a égide das Normas Operacionais 93 e 96, sob a lógica de desconcentração de oferta de ações para o município, influenciando as Comissões Intergestoras Bipartites (CIB) em suas decisões e contribuindo para que o estado tenha encaminhado para

análise mais de 300 cartas-consulta, conseguindo aprovar 219 subprojetos na Área Programática I, conforme mostra a Tabela 5.4.

TABELA 5.4 – Distribuição dos Subprojetos e Recursos Aprovados por Área Programática do Componente I e Investimentos Estratégicos. Brasil e estado de Minas Gerais

DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS POR ÁREA PROGRAMÁTICA DO COMPONENTE I		
ÁREA PROGRAMÁTICA	Nº DE SUBPROJETOS APROVADOS	RECURSOS APROVADOS
AP I	219	R\$ 99.517.019,87
AP II	05	R\$ 8.030.250,20
AP III	05	R\$ 6.226.915,74
AP IV	01	R\$ 1.978.660,00
TOTAL	230	R\$ 115.752.845,81

Fonte: Sistema de Informação do Projeto REFORSUS. Julho de 2002.

5.2.1 Distribuição de recursos no interior do estado

A distribuição de recursos relativos à Área Programática I – Readequação Física e Tecnológica da Rede SUS, conforme diretrizes do Projeto REFORSUS foi deliberada pela Comissão Intergestores Bipartite em 1996 e 1997. No caso do estado de Minas Gerais, essas deliberações obedeceram à seguinte lógica:

- Distribuição dos recursos entre as 25 Diretorias Regionais de Saúde (Macros Administrativas), priorizando as de menor *per capita* no SUS;
- Coube às Diretorias Regionais de Saúde a decisão de subdividir os recursos entre os municípios sede de microrregiões e/ou municípios isolados.

Como consequência dessa política de distribuição dos recursos da área Programática I, os investimentos no estado de Minas Gerais possuem as seguintes características:

- Priorização dos municípios do interior do estado – dentre os 219 subprojetos apresentados, apenas 11 se concentram em Belo Horizonte, o que representa 5% dos subprojetos, embora absorvam 30% do total de recursos na Área Programática I;
- Priorização dos investimentos para a aquisição de equipamentos – 130 subprojetos, o que significa que 59% do total de subprojetos se concentraram nessa categoria de recursos;

- Alocação de recursos de pequena monta por subprojeto – 161 subprojetos ou 73 % dos subprojetos estão abaixo de R\$ 350.000,00, enquanto apenas 12 subprojetos (6%) estão acima de R\$ 3.000.000,00.

A distribuição dos recursos das demais Áreas Programáticas – PSF, HEMORREDE e LACEN – ficou a cargo da Secretaria Estadual de Saúde, ao passo que a articulação, com as Coordenações Nacionais de cada área programática no Ministério da Saúde. No caso da HEMORREDE, foram fortalecidos Hemocentros Regionais e Hemonúcleos nas sete Macrorregiões de Saúde, com vistas à descentralização da Rede de Sangue no estado.

A Tabela 5.5 situa os subprojetos da Área Programática I do Componente I do estado de Minas Gerais em relação à Região Sudeste, à UATR III e ao Brasil, no tocante ao porte dos investimentos.

TABELA 5.5 – Distribuição Comparativa dos Subprojetos da Área Programática I do Componente I por Porte dos Investimentos. Brasil, estados vinculados à UATR III, Região Sudeste e estado de Minas Gerais.

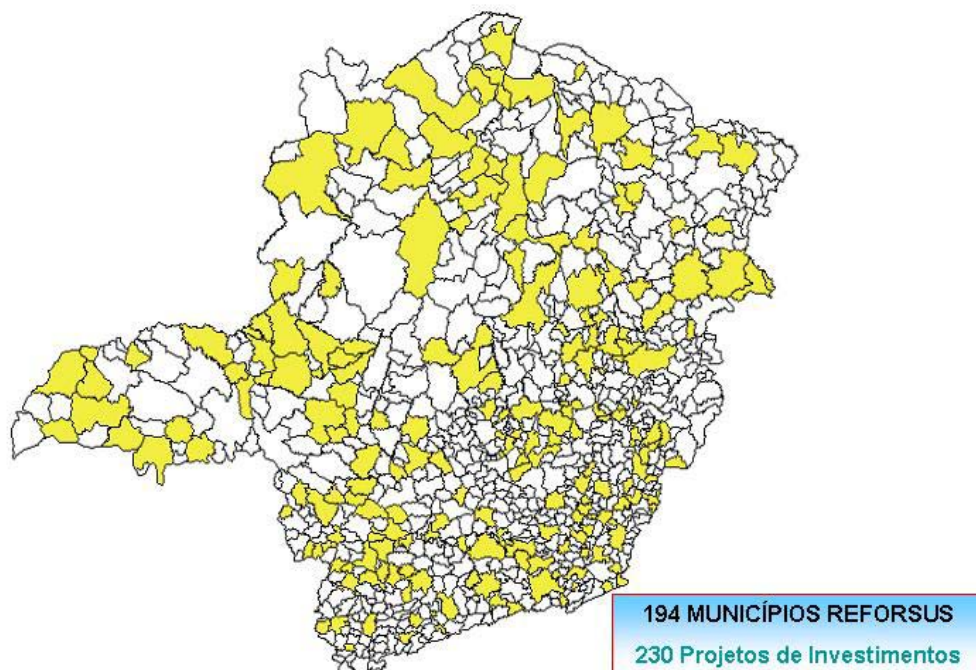
UF	Nº SUBPROJETO	APROVADOS R\$ 1,00	PORTE DOS INVESTIMENTOS									
			ATÉ R\$ 100 mil		DE R\$ 100 mil ATÉ R\$ 350mil		DE R\$ 350.mil ATÉ R\$ 1 milhão		DE R\$ 1 milhão ATÉ R\$ 3 milhões		ACIMA DE R\$ 3 milhões	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Brasil	985	869.039.274,	191	19	328	33	267	27	138	14	61	6
UATR III (2001)	441	252.347.361,	126	29	159	37	95	22	50	11	5	1
Sudeste	327	319.416.116,	75	23	110	34	67	20	49	15	26	8
MG	219	99.517.019,	71	32	90	41	46	21	9	4	3	2

Fonte: Sistema de Informações REFORSUS. Julho de 2002.

Fruto da estratégia de distribuição de recursos, houve distribuição homogênea entre as diversas Macrorregiões do estado, conforme o Mapa 5.4.

MAPA 5.5 Distribuição dos Investimentos do Projeto Reforsus por Municípios contemplados do estado de Minas Gerais.

Municípios MG com Investimentos ReforSUS



Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS. Julho de 2002.

Vê-se na Tabela 5.6 que, dentre os 853 municípios do estado, 194 foram contemplados com investimentos, o que representa 23% do total. Entretanto, a distribuição dos recursos entre os municípios privilegiou os de pequeno porte, de modo que, do total de municípios contemplados, 82% possuíam menos que 50.000 habitantes. Essa distribuição dos recursos pelos pequenos municípios certamente contribuiu para que se investisse em grande número de unidades de saúde de pequeno porte e pouca complexidade.

O pequeno porte dos municípios contemplados com investimentos no estado não favoreceu a construção de sustentabilidade para os investimentos realizados, pois, embora estes municípios, institucionalmente, também tenham o *poder para a gestão* dos sistemas municipais, via de regra, não possuem *capacidade de gestão* suficiente para exercer tal poder e, no caso da saúde, cumprir com a missão de gestão do sistema municipal de saúde.

Nesse sentido, na opinião de Aspásia Camargo, o Brasil é um caso singular, sendo a única federação do mundo a possuir três níveis federativos: a União, os estados e os municípios. Além dessa característica 'municipalista' com base legal, junta-se ao modelo brasileiro uma conotação histórica, pois a palavra

federação foi interpretada, quando de sua introdução no Brasil, como sinônimo de descentralização, de oposição ao excessivo centralismo do Brasil imperial, em sentido inverso ao norte-americano, que era de integração das 13 colônias (CAMARGO, 2003).

TABELA 5.6 – Distribuição dos Municípios contemplados com Investimentos do Projeto ReforSUS, segundo número de habitantes, no estado de Minas Gerais

PORTE DOS MUNICÍPIOS CONTEMPLADOS COM INVESTIMENTOS		
POPULAÇÃO CENSO 2001	MUNICÍPIOS	%
Até 10.000 habitantes	55	28,40
Entre 10.000 e 20.000 habitantes	58	29,90
Entre 20.000 e 50.000 habitantes	46	23,70
<i>SUB TOTAL</i>	<i>159</i>	<i>82,00</i>
Entre 50.000 e 100.000 habitantes	20	10,28
Entre 100.000 e 250.000 habitantes	12	6,18
Entre 250.000 e 500.000 habitantes	02	1,03
Entre 500.000 e 1.000.000 habitantes	-	-
Acima de 1.000.000 habitantes	01	0,51
<i>SUB TOTAL</i>	<i>35</i>	<i>18,00</i>
TOTAL DE MUNICÍPIOS	194	100

Fonte: Sistema de Informações do Projeto REFORSUS. Julho de 2002.

No que concerne à Organização Territorial do estado, a partir da NOAS (versão 2001/2002), os investimentos apresentaram a seguinte distribuição face às Macrorregionais de Saúde, conforme expõe a Tabela 5.7.

TABELA 5.7 – Projeto Reforsus. Componente I: Distribuição dos recursos por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) segundo população, número de subprojetos, recursos envolvidos e *per capita* no estado de Minas Gerais.

DISTRIBUIÇÃO DOS SUBPROJETOS DO COMPONENTE I				
MACRORREGIÃO	POPULAÇÃO (2001)	Nº SUBPROJETOS	R\$ 1,00	PER CAPITA
Belo Horizonte	7.831.880	75	72.617.876,81	9,27
Montes Claros	1.395.660	24	7.082.870,29	5,07
Gov. Valadares / Teófilo Otoni	2.284.012	30	7.060.700,09	3,09
Varginha / Pouso Alegre	2.023.956	33	5.740.739,17	2,84
Juiz de Fora	1.921.281	36	14.530.638,12	7,56
Uberaba	947.433	14	5.096.134,67	5,38
Uberlândia	1.285.426	18	3.623.886,66	2,82
<i>TOTAL</i>	<i>17.689.658</i>	<i>230</i>	<i>115.752.845,81</i>	<i>6,54</i>

Fonte: Sistema de Informação do Projeto REFORSUS. Julho de 2002.

Cabe destacar os *per capita* das Macrorregiões de Juiz de Fora, Uberaba e Montes Claros, que são respectivamente de 7,56, 5,38 e 5,07, os maiores do

estado. Se, por um lado, as Macros de Juiz de Fora e de Montes Claros estão entre as de piores condições de vida, a de Uberaba, no Triângulo Mineiro, apresenta um dos melhores índices em relação ao IDH municipal, além de taxas de Mortalidade Materna inferiores à média do estado.

Com relação aos recursos destinados às Macrorregiões de Teófilo Otoni e de Governador Valadares, com *per capita* de 3,09, salientamos que esta macro também apresenta baixos índices em relação ao IDH municipal e engloba o Vale do Jequitinhonha, uma das mais pobres regiões do norte do estado.

É de se estranhar que nenhum dos critérios tenha sido preponderante para a distribuição dos recursos: a pobreza ou o desenvolvimento, uma vez que o *per capita* das macrorregiões apresenta variações aleatórias.

5.2.2 Modificação da Capacidade Física e Tecnológica Instalada do estado na Área Programática I – Readequação da Rede SUS

Com base nas informações contidas nos subprojetos e nas coletas de dados nas oficinas de avaliação, o Sistema de Informações do Reforsus armazenou, até julho de 2002, dados relativos ao número de leitos que foi objeto de investimento. Originariamente, o sistema armazenava tanto os dados concernentes ao incremento da capacidade instalada – incremento na estrutura – como os relativos aos leitos, onde houve apenas reforma das instalações físicas e/ou substituição dos equipamentos, sem modificação da capacidade instalada, ao que chamamos de reestruturação da capacidade instalada – na qualificação da estrutura. As Tabelas 5.8 e 5.9 apresentam esses valores para a data base de julho de 2002.

TABELA 5.8 – Projeto Reforsus. Área Programática I do Componente I: Distribuição do Incremento de Leitos Hospitalares, por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001), por tipo de leito, no estado do Minas Gerais.

INCREMENTO DE LEITOS HOSPITALARES NA ÁREA PROGRAMÁTICA I DO COMPONENTE I									
MACRORREGIÃO	OBST	BERÇ	C.M.	C.C.	C.P.	OUT	UTI ADU	UTI PED	UTI NEO
Belo Horizonte	42	77	235	67	69	48	50	8	16
Montes Claros	41	53	56	27	36	-	1	-	12
Gov. Valadares / Teófilo Otoni	4	6	39	14	21	-	8	-	2
Varginha / Pouso Alegre	2	9	24	4	9	6	2	-	-
Juiz de Fora	9	16	20	12	35	-	4	6	11
Uberaba	28	29	34	11	12	11	15	-	4
Uberlândia	5	9	33	6	15	4	5	1	5
TOTAL	131	198	441	141	197	69	85	15	50

Fonte: Sistema de Informação do Projeto REFORSUS. Julho de 2002.

Notamos, na Tabela 5.8, expressivo incremento de leitos, em todas as especialidades, nas Macrorregiões de Belo Horizonte e de Montes Claros seguidas pela de Uberaba.

Os leitos de clínica médica incrementados, associados ao porte dos municípios onde se investiu (ver Tabela 5.5), sugerem que o critério adotado de distribuição dos investimentos no estado de Minas tenha contribuído para fortalecer os hospitais de pequeno porte considerados, de modo geral, de baixa resolutividade e de freqüente ociosidade, cuja taxa de ocupação média é de 25 a 35%.

Como esperado, face ao número elevado de investimentos para a aquisição de equipamentos, houve numerosos leitos qualificados, quer seja pela substituição de mobiliário e equipamentos, quer pela reforma e qualificação dos espaços e instalações elétricas, hidráulicas e sanitárias. Tais resultados podem ser observados na Tabela 5.9.

TABELA 5.9 – Projeto Reforsus – Área Programática I do Componente I: Distribuição da Reestruturação de Leitos Hospitalares por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001), por tipo de leito, no estado do Minas Gerais

REESTRUTURAÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES NA ÁREA PROGRAMÁTICA I DO COMPONENTE I									
MACRORREGIÃO	OBST	BERÇ	C.M.	C.C.	C.P.	OUT	UTI ADU	UTI PED	UTI NEO
Belo Horizonte	76	65	175	156	130	34	20	-	-
Montes Claros	57	20	108	48	53	-	2	-	-
Gov. Valadares / Teófilo Otoni	37	2	75	63	53	-	19	-	15
Varginha / Pouso Alegre	12	4	51	2	14	-	8	-	-
Juiz de Fora	32	25	8	14	29	-	21	-	-
Uberaba	10	-	12	3	24	-	-	-	-
Uberlândia	24	8	31	16	19	2	5	-	-
TOTAL	248	124	460	302	322	36	75	-	15

Fonte: Sistema de Informação do Projeto REFORSUS. Julho de 2002.

Pode ser observado pela comparação entre as Tabelas 5.8 e 5.9 que o volume total de leitos reestruturados é bastante superior ao de leitos incrementados. A exceção a essa constatação situa-se nos leitos de maior complexidade, como os de Unidades de Terapia Intensiva, principalmente, os destinados aos adultos; vê-se assim a importância da identificação dos leitos novos e dos reaparelhados – respectivamente, 85 e 75 leitos –, o que totaliza 160 leitos de UTI Adulto com novos e modernos equipamentos.

TABELA 5.10 – Projeto Reforsus. Componente I: Distribuição dos Equipamentos Sob Controle do Ministério da Saúde por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (versão 2001) no estado de Minas Gerais.

INCREMENTO DE EQUIPAMENTOS SOB CONTROLE DO MS DA ÁREA PROGRAMÁTICA I DO COMPONENTE I									
Macrorregião	AL	TO	MA	AC	USD	RM	BC	HD	
Belo Horizonte	-	2	5	2	4	-	-	23	
Montes Claros	-	-	3	-	3	-	-	-	
Gov. Valadares / Teófilo Otoni	-	-	-	-	1	-	-	11	
Varginha / Pouso Alegre	-	-	1	1	-	-	-	-	
Juiz de Fora	-	-	-	1	2	-	-	-	
Uberaba	-	-	-	-	-	-	-	-	
Uberlândia	-	-	1	-	-	-	-	-	
TOTAL	-	2	10	4	10	-	-	34	

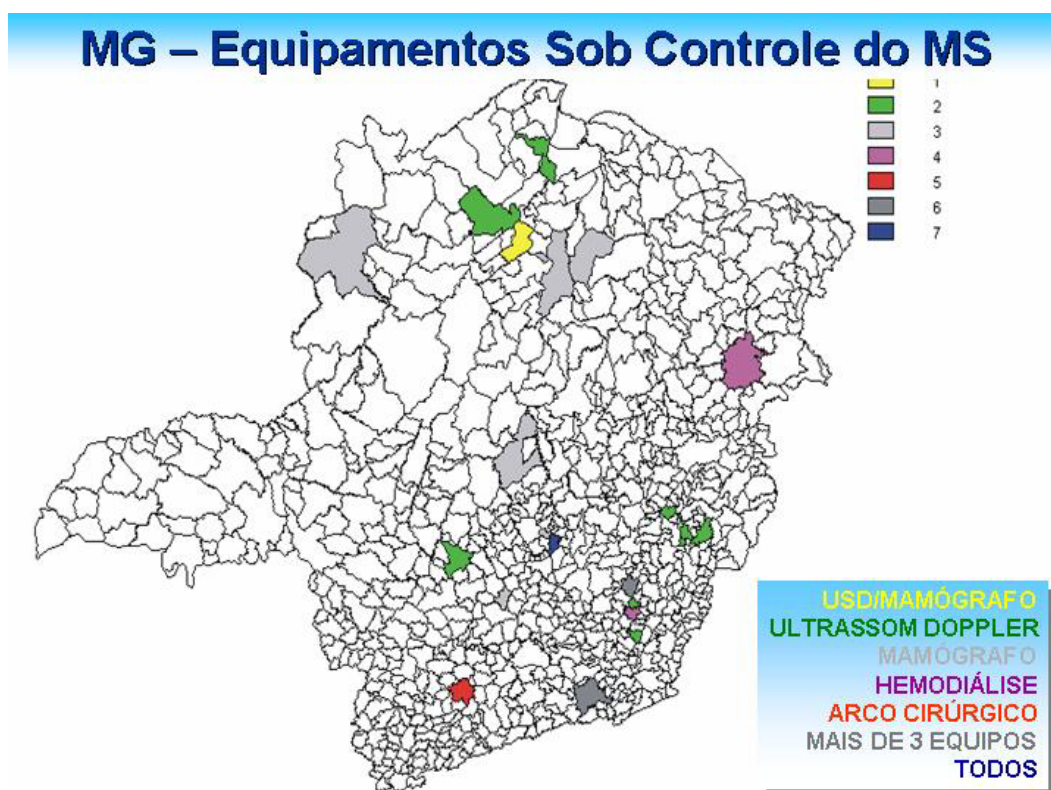
Fonte: Sistema de Informação do Projeto REFORSUS. Julho de 2002.

Com relação aos investimentos em equipamentos de alto custo expostos na Tabela 5.10, foi aprovada a aquisição de equipamentos destinados ao

atendimento de urgência e emergência, como, por exemplo, o Arco Cirúrgico e o Ultra-som Doppler, bem como os destinados à mulher, expressa pelos 10 novos mamógrafos alocados no estado, além das 34 novas máquinas de hemodiálise alocadas nas Macrorregiões de Belo Horizonte e Valadares.

O Mapa 5.5 proporciona uma visão mais nítida da localização dos novos equipamentos alocados pelo Projeto Reforsus na Área Programática I, além de sugerir possíveis distorções nessa alocação, como, por exemplo, a concentração de mamógrafos e US Doppler na Macrorregional do Norte de Minas, na região de Montes Claros, que apresenta três manchas cinza, uma, amarela e duas, verdes. Embora a região seja carente de recursos é de se estranhar essa alocação.

MAPA 5.6 Distribuição por Município dos Equipamentos sob controle do Ministério da Saúde alocados pelo Projeto Reforsus por tipo de Equipamento no estado de Minas Gerais



Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS. Julho de 2002.

5.2.3 Investimentos Estratégicos

A partir da alta do dólar ocorrida em 2001, houve maior disponibilidade de recursos financeiros, expressos em real, para utilização do Ministério, focalizando investimentos considerados estratégicos à reorganização do SUS e

sendo priorizados pelas Secretarias Estaduais de Saúde. No caso do estado de Minas Gerais, as prioridades resultaram na alocação de recursos por Macrorregião, conforme Tabelas 5.11 e 5.12.

TABELA 5.11 – Distribuição dos Investimentos Estratégicos em Gestão de Alto Risco por Diretoria Regional de Saúde do estado de Minas Gerais

INVESTIMENTOS ESTRATÉGICOS EM GESTÃO DE ALTO RISCO			
DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE	Nº DE MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	INVESTIMENTOS R\$ 1,00
Belo Horizonte	5	4.441.923	1.972.969
Alfenas	1	430.216	241.899
Barbacena	1	467.341	241.899
Coronel Fabriciano	1	523.025	281.849
Governador Valadares	1	825.646	241.899
Montes Claros	2	1.480.751	790.248
Passos	1	370.036	241.899
Pouso Alegre	1	811.650	431.399
SES/Capacitação RH	-	-	1.738.500
SES/Central de Leitos	-	-	719.981
SES/Equipamentos para Central de Leitos	-	-	99.500
TOTAL			7.673.228

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Julho de 2002.

Na Tabela 5.11, que aborda os investimentos relativos à Gestão de Alto Risco, observamos a expressividade dos recursos destinados às Regionais de Saúde de Montes Claros e de Belo Horizonte. Entretanto, com relação à alocação de recursos em Urgência e Emergência, mostrada na Tabela 5.12, o Triângulo Mineiro foi priorizado, investindo-se sobretudo nas Regionais de Uberaba e Uberlândia.

TABELA 5.12 – Distribuição dos Investimentos Estratégicos em Urgência e Emergência por Diretoria Regional de Saúde do estado de Minas Gerais.

INVESTIMENTOS ESTRATÉGICOS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			
REGIONAL DE SAÚDE	Nº DE MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	INVESTIMENTOS R\$ 1,00
Belo Horizonte	2	4.441.923	3.288.865
Divinópolis	1	1.033.209	350.000
Governador Valadares	1	825.646	411.000
Montes Claros	1	1.480.751	451.000
Pouso Alegre	1	811.650	374.000
Teófilo Otoni	1	501.442	351.000
Uberaba	1	588.536	482.000
Uberlândia	1	859.156	500.000
SES/MG	-	-	1.900.000
Capacitação de RH e Central de Regulação	-	-	938.502
TOTAL			9.046.367

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. .Julho de 2002.

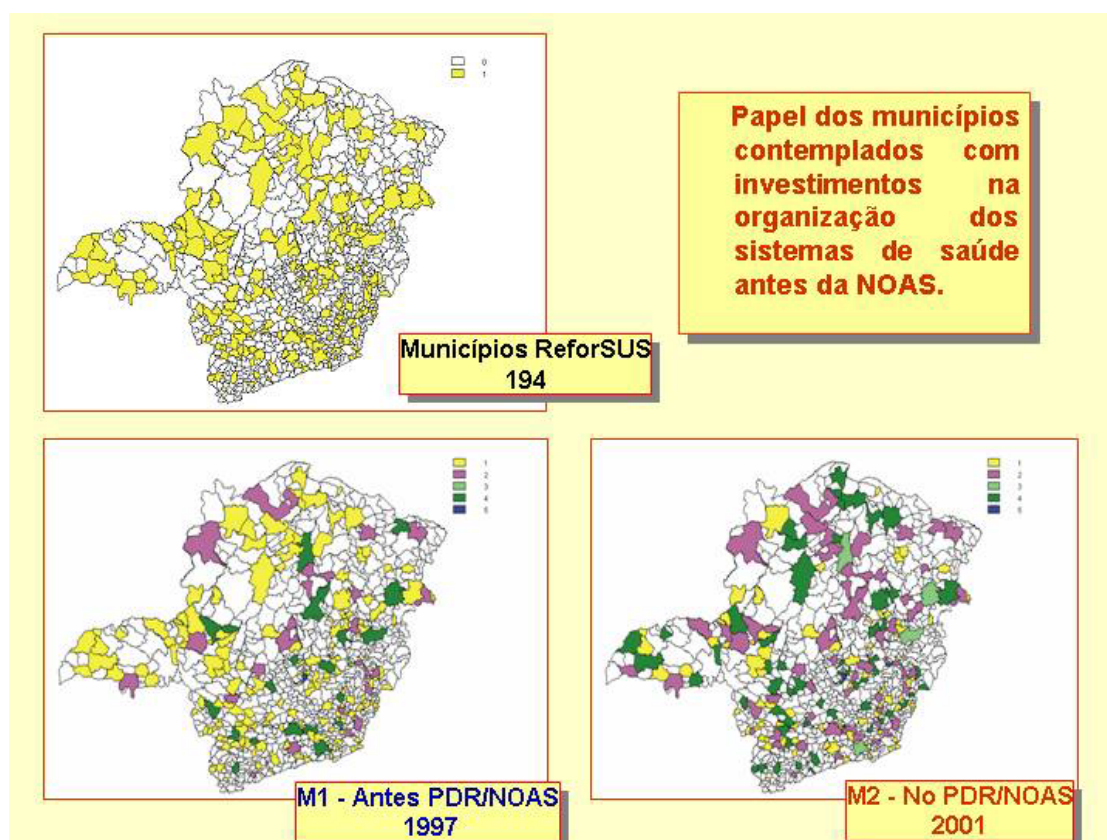
5.3 Análises preliminares da contribuição dos investimentos do Projeto Reforsus na Reorganização do Sistema Estadual de Saúde do estado de Minas Gerais

5.3.1 Capacidade de indução para a Reorganização do Sistema de Saúde

O estado de Minas Gerais possui 853 municípios, dos quais 194 foram contemplados com investimentos do Projeto Reforsus, o que representa 23% do total de municípios do estado.

O primeiro mapa da Figura 5.1, em amarelo, ilustra a distribuição dos 194 municípios do estado de Minas Gerais que receberam investimentos do Projeto Reforsus. Destacamos que, dentro da lógica de distribuição dos investimentos, à época, já havia tendência a fortalecer os municípios de referência para a assistência.

FIGURA 5.1 – Mapas ilustrativos dos municípios contemplados com investimentos do Projeto ReforSUS e seus respectivos papéis na Organização do Sistema de Saúde do estado de Minas Gerais, antes e depois do Plano Diretor de Regionalização de 2001 (PDR/NOAS/2001)



O segundo mapa – M1 – expressa o papel desses 194 municípios na organização do sistema de saúde do estado no ano de 1997, em que, aproximadamente 45% dos municípios contemplados com investimentos possuíam papel relevante na organização dos sistemas loco-regionais. O terceiro mapa – M2 – ilustra esses mesmos 194 municípios contemplados com investimentos do Projeto ReforSUS e seus novos papéis no Plano Diretor de Regionalização de 2001, em que 118 municípios, representando 63% do total de municípios contemplados com investimentos, possuem papel relevante na organização do sistema de saúde mineiro.

Apenas com a rápida análise visual percebemos expressivo número de municípios com manchas amarelas no M1 – o que indica municípios beneficiados com investimentos do Projeto ReforSUS sem que tenham tido papel de destaque na organização da Rede em 1997, em contraponto ao menor número de municípios com manchas amarelas do M2, já na proposta de Plano Diretor de Regionalização de 2001.

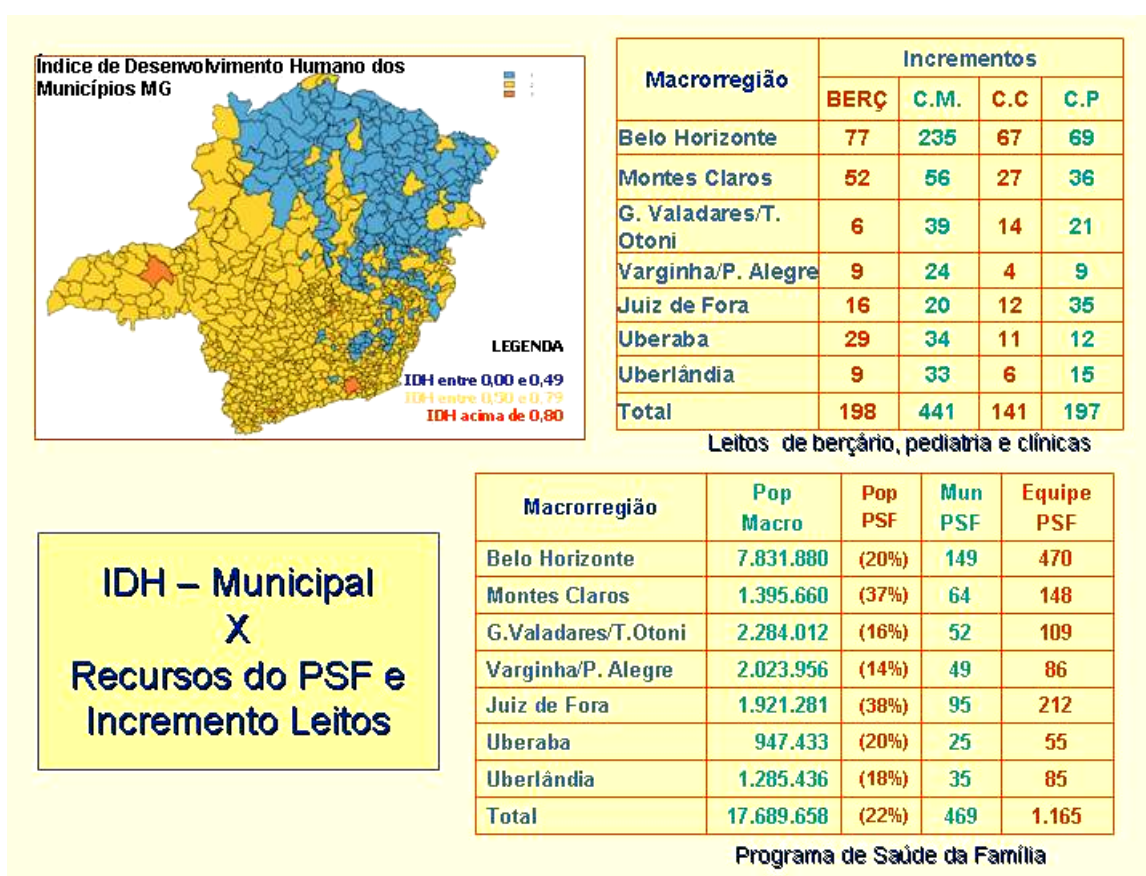
Pela comparação entre esses dois mapas, embora não se possa afirmar, é possível inferir que os investimentos do Projeto Reforsus contribuíram para o reposicionamento de alguns municípios na organização de Rede SUS quer seja pelo incremento na oferta de serviços ou pela qualificação e complexificação dos serviços existentes, habilitando-os como Sede de Microrregião ou de Módulo Assistencial.

5.3.2 Pertinência e relevância dos investimentos face ao perfil epidemiológico do estado

O objetivo desta etapa da metodologia é averiguar se houve coerência entre os investimentos e o perfil epidemiológico do estado.

Se tomarmos por base a distribuição do IDH-Municipal no estado, poderemos ver, na Figura 5.2, que as Regiões com IDH abaixo de 0,50, destacadas em azul no mapa, assinalam, como esperado, os municípios das Macrorregiões de Saúde de Montes Claros, Governador Valadares e Teófilo Otoni, no Norte de Minas, além de trechos da Macrorregião de Juiz de Fora e da Região Metropolitana, que envolvem provavelmente as periferias desses centros urbanos.

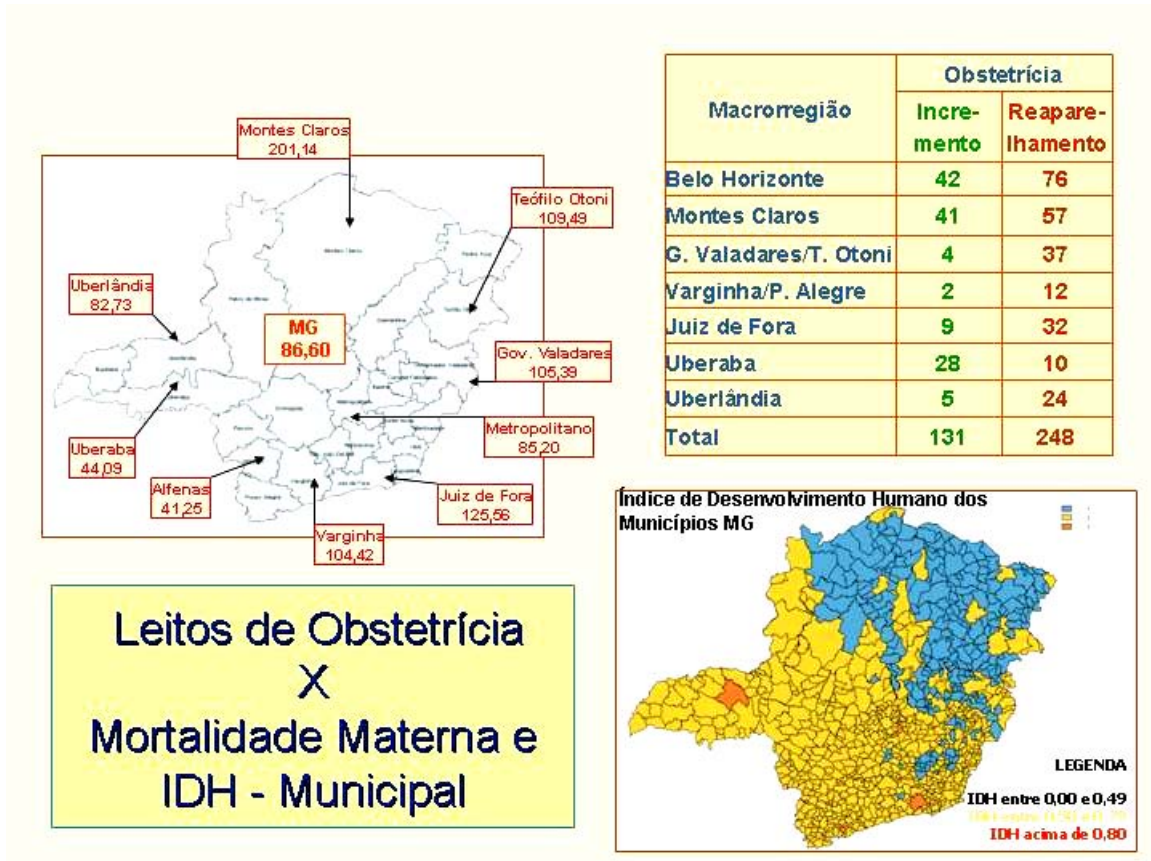
FIGURA 5.2 Mapa ilustrativo do IDH-Municipal no estado de Minas Gerais em contraponto ao incremento de leitos e aos investimentos no Programa de Saúde da Família, por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (PDR/NOAS/2001) no estado de Minas Gerais.



Notamos também que o incremento de leitos de Berçário e nas Clínicas Básicas ocorreu nessas mesmas regiões carentes de qualidade de vida.

Quanto aos investimentos no Programa de Saúde da Família observamos que existe concentração em municípios da Macrorregião de Juiz de Fora, com cobertura de 38% da população da regional, seguida pela Macro de Montes Claros, com cobertura de 37% da população, da Macro de Metropolitana/Belo Horizonte, que cobre 20% da população e pela de Valadares/T.Otoni, com 16% da população coberta pelo Programa.

FIGURA 5.3 Mapas ilustrativos do Coeficiente de Mortalidade Materna por Diretoria Regional de Saúde e do IDH-Municipal no estado de Minas Gerais em contraponto ao incremento e Reaparelhamento de leitos de Obstetrícia, por Macrorregião de Saúde do Plano Diretor de Regionalização (PDR/NOAS/2001) no estado de Minas Gerais – julho de 2002



Se relacionarmos as Taxas de Mortalidade Materna das Macrorregiões, assinaladas no Mapa superior esquerdo, com o incremento e reaparelhamento dos leitos obstétricos, podemos observar que, na Região de Montes Claros, onde a taxa é a mais alta, houve concentração dos investimentos do ReforSUS nesse tipo de leito. No caso de Juiz de Fora, Governador Valadares e Teófilo Otoni – também com taxas relativamente altas – houve predominância de readequação da área física e de equipamentos dos leitos existentes. A concentração de investimentos – tanto de incremento quanto de reestruturação de leitos obstétricos na região metropolitana – pode ser explicada pela concentração da rede hospitalar da FHEMIG em BH (Figura 5.3).

5.4 Condições de Sustentabilidade dos Investimentos – discussão preliminar

Dos **230** subprojetos aprovados, 193 estavam concluídos até o mês de julho de 2004, representando 86% do total. Desse total, havia registro no Sistema de Informações do Projeto ReforSUS de apenas 90 subprojetos em pleno funcionamento dos investimentos realizados, conforme a Tabela 5.13.

TABELA 5.13 – Condições de Funcionamentos dos Subprojetos concluídos do Componente I do Projeto Reforsus no estado de Minas Gerais.

CONDIÇÃO DOS SUBPROJETOS CONCLUÍDOS		MG	%
Nº de Subprojetos Concluídos		193	100
Subprojetos Concluídos 193	Instituições em funcionamento	90	47
	Instituições com problemas de funcionamento	27	14
	Instituições sem capacidade de funcionamento	14	7
	Instituições sem informações	62	32

Fonte: Relatório Final do Projeto REFORSUS. Julho de 2004.

A existência de 27 instituições com problemas de funcionamento e de 14 com investimentos desativados pode ser explicada pelos seguintes fatores:

- falta de teto financeiro nos municípios onde as instituições beneficiadas se localizam;
- inadequação entre a nova oferta e a demanda de serviços do município ou da região; e, por último
- dificuldade de fixação de recursos humanos, de nível técnico e superior, em quantidade e qualidade necessárias para a operacionalização dos serviços, em particular, nos municípios de pequeno porte.

A falta de informação no Sistema de Informação do Projeto ReforSUS sobre 62 dos subprojetos concluídos – o que representa **32%** do total de instituições beneficiadas – denota a pouca capacidade de monitoramento dos investimentos.

CAPÍTULO VI. MERGULHO EM MONTES CLAROS: DESAFIOS DA ALOCAÇÃO DE RECURSOS NO SUS

6.1 Um pouco da trajetória da Região de Montes Claros

Em 1707, Antônio Gonçalves Figueira – que pertencia à Bandeira de Fernão Dias –, seduzido pela fertilidade do sertão mineiro, chegou à região onde atualmente se situa a Regional de Montes Claros. De início foram estruturadas três fazendas: Jaíba, Olhos d'Água e Montes Claros, que constituem atualmente municípios da região. Esta foi sendo povoada e a fazenda de Montes Claros se transformou no maior Centro Comercial de Gado do norte de Minas.

No ano de 1768, em torno da capela erguida por José Lopes de Carvalho, ergueu-se primeiramente o Arraial das Formigas, depois chamado Arraial de Nossa Senhora da Conceição e São José das Formigas. Em 1831 passou a denominar-se Vila de Montes Claros das Formigas, a qual, por fim, em 1857, com pouco mais de dois mil habitantes, veio a ser a cidade de Montes Claros.

Entre 1834 e 1835 apareceram, na Vila de Montes Claros das Formigas, os primeiros facultativos, dentre eles, Manoel Hipólito de Palma, com licença para exercer a profissão de Cirurgião. Apenas em 1847 chegou o primeiro médico formado, Dr. Carlos Versalani, à Vila. A Santa Casa de Misericórdia de Montes Claros foi fundada em 1871, a qual, atualmente, conta com 301 leitos e é um dos hospitais de Referência da Região, tendo recebido R\$ 118,000,00 do Projeto ReforSUS.

Por fim, o início do século XX foi marcado por várias conquistas que contribuíram para o desenvolvimento da região: em 1912 instalou-se um serviço telefônico; em 1914 foi inaugurada a iluminação elétrica e, em 1938, a cidade passou a contar com o serviço de água potável.

6.2 Organização do Sistema de Saúde na Região de Montes Claros

6.2.1 A década de 1970

No início da década de 1970, impulsionada pela 'ideologia do planejamento' já presente na Administração Pública do Estado de Minas Gerais, a Secretaria de Saúde de Minas Gerais procurava um caminho de mudança e de superação do modelo de administração dos serviços de saúde. Dentre as experiências e inovações valorizadas estavam as que buscavam a reorganização dos serviços de saúde sob a égide da atenção primária, como as promovidas pela Medicina Comunitária (NUNES, 1998).

Compondo a estratégia adotada pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais realizou-se um diagnóstico em 1972 e se estruturou um modelo de atenção amparado na Teoria de Sistemas, com sete princípios assim definidos: coordenação interinstitucional, máxima cobertura, financiamento multilateral, hierarquização de serviços, relacionamento com o sistema informal, participação da comunidade e utilização da equipe de saúde com delegação de funções (NUNES, 1998).

Para dar conta da 'máxima cobertura', um dos princípios centrais do modelo, foi necessário um movimento de expansão da Rede Física associado à Formação de Profissionais de Saúde.

O Ministério da Saúde – entidade financiadora dessa mudança de modelo – aportou recursos em dois Programas: o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS). O primeiro, tinha o objetivo de expandir a Rede de Unidades Primárias de Saúde – Postos e Centros de Saúde e Unidades Mistas –, além de viabilizar a implantação de medidas de Saneamento. O PPREPS atribuiu importância à formação de recursos humanos para a sustentabilidade do modelo (CASTRO, 2002).

O Centro Regional de Montes Claros, importante colaborador desse processo, ajudou na composição do novo modelo descentralizado, o qual previa três dimensões do trabalho que se tornariam referência:

- ❖ organização e estruturação de um sistema de base territorial regionalizada e hierarquizada em quatro níveis de atenção: domiciliar, local, de área programática e de região,
- ❖ opção pelas estratégias da atenção primária e da medicina comunitária como indutores da mudança de modelo assistencial;
- ❖ capacitação de profissionais de nível elementar para os serviços de saúde.

Do ponto de vista da Rede Física existente à época, a região, no final da década de 1960, contava com, aproximadamente, 40 unidades de saúde, das quais 16 eram hospitais de pequeno porte, e a Santa Casa de Misericórdia.

Na década de 1970, os esforços para a expansão da cobertura fizeram aumentar expressivamente o número de unidades de saúde, que passaram de 40 para 200, com a construção de 155 novas unidades. Ao final dessa década, a região contava com 200 unidades de saúde, das quais 30 com internação.

Impulsionados pelo Projeto Nordeste surgiram 88 novas unidades na década de 1980.

Por sua vez, na década de 1990, tanto o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) quanto o Programa de Saúde da Família (PSF) contribuíram para a expansão de 245 unidades de saúde.

6.2.2 Plano Diretor de Regionalização – século XXI

Atualmente, a Macrorregião de Saúde do Norte de Minas Gerais comporta, pelo Plano Diretor de Regionalização, 85 municípios e 629 unidades de saúde com atendimento ao SUS (Tabela I - ANEXO I). Apesar de a Rede Assistencial ser predominantemente conformada por unidades ambulatoriais, possui 44 unidades com leitos de internação (Tabela II - ANEXO I) com porte e complexidades diferentes, que se distribuem entre os municípios e as microrregiões de saúde, conforme exposto na Tabela III (ANEXO I).

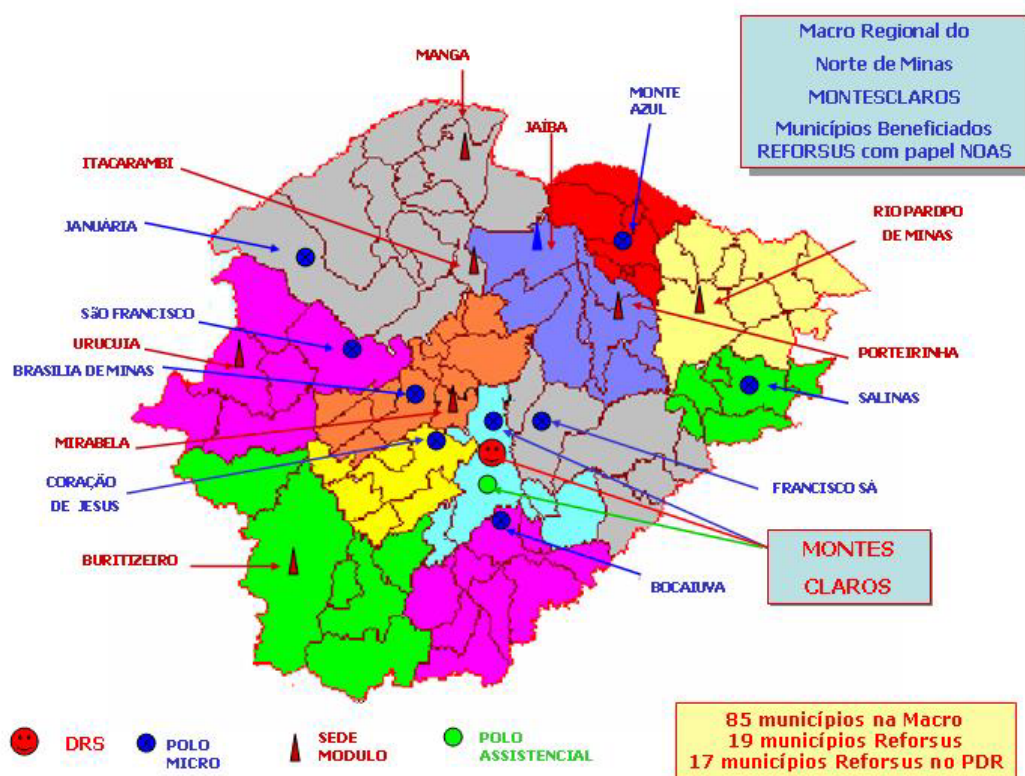
6.3 Macrorregião de Saúde do Norte de Minas e o Projeto ReforSUS

A Macrorregião de Saúde do Norte de Minas – Montes Claros – abrange, em 2004, 85 municípios, o que representa 10% dos municípios do Estado. Desses

85 municípios, 19 foram contemplados com investimentos do Projeto ReforSUS, perfazendo 23 instituições de saúde da Macrorregional. Do total de 19 municípios contemplados com investimentos, 17 possuem papel no Plano Diretor de Regionalização de 2001, como Sede de Módulo, Pólo Assistencial, Pólo Microrregional ou Diretoria Regional de Saúde, o que está exposto no Mapa 6.1.

Dentre as 44 unidades hospitalares da Macrorregião do Norte de Minas, 18 foram contempladas com investimentos do Projeto ReforSUS, todas em municípios com papel no Plano Diretor de Regionalização, o que se vê no Quadro 6.1.

MAPA 6.1 Macrorregional do Norte de Minas: Montes Claros: Municípios beneficiados ReforSUS com papel NOAS



Fonte: Matriz da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.

Em princípio, o fato de 17 dos 19 municípios contemplados com investimentos do Projeto ReforSUS possuírem papel de destaque no Plano Diretor de Regionalização do estado de Minas Gerais (versão 2001) deveria contribuir para gerar condições propícias à sustentabilidade dos investimentos, uma vez que tais unidades estariam reconhecidamente habilitadas a prestar a assistência a que se destinaram, tornando-se, inclusive, referência para outros

municípios nos processos de hospitalização, de atendimento ambulatorial especializado e de diagnóstico e terapia de média e alta complexidade.

O Quadro 6.1 identifica as instituições contempladas com os investimentos, informa seu porte e inserção no Plano Diretor de Regionalização do estado de Minas, além de caracterizar os investimentos e informar o montante de recursos alocados em cada unidade beneficiada.

Destaca-se, no mesmo Quadro, a expressiva alocação de recursos em 13 hospitais de pequeno porte – menor ou igual a 50 leitos –, os quais representam 72% das unidades hospitalares beneficiadas. Com relação aos recursos envolvidos, nessas 13 unidades foram alocados R\$ 3.070.546,42, representando 42% do total de recursos alocados na Macrorregião do Norte de Minas.

Quanto ao perfil dos investimentos, do total de 23 subprojetos de investimentos, 13 destinaram-se apenas à substituição e/ou aquisição de equipamentos, ao passo que 10, à realização de obras, envolvendo também a aquisição de equipamentos em cinco destas. Ainda em relação às obras, destacamos que cinco delas objetivaram a conclusão de obras inacabadas enquanto três, destinaram-se à ampliação de unidades existentes.

Concluimos, dessa forma, que os investimentos do Projeto ReforSUS na Macrorregião do Norte de Minas resultou tanto na ampliação da capacidade física instalada pela abertura de novas unidades hospitalares, como no aumento da capacidade tecnológica instalada, expressa pela substituição e aquisição de equipamentos.

QUADRO 6.1 Resumo dos Investimentos do Projeto ReforSUS na Macrorregião do Norte de Minas, segundo município, unidade beneficiada, valores envolvidos e características dos investimentos - julho de 2004

DISTRIBUIÇÃO DOS INVESTIMENTOS DO PROJETO REFORCUS NA MACRORREGIÃO DO NORTE DE MINAS (MONTES CLAROS)

Nº	Município População	Nome do Beneficiário	Nº de Leitos CNES/ DATASUS 30.11.2004	Papel do Município no PDR	Objetivos dos Investimentos	Características dos Investimentos	Valor Total dos Investimentos ReforSUS (R\$)
1	Bocaiúva 40.314	Hospital Municipal de Bocaiuva	48 leitos	Sede de Pólo de Micro	Substituição dos equipamentos do Bloco Cirúrgico e Obstétrico, UTI e Apoio Técnico	Aquisição de Equipamentos e Modernização Gerencial	201.821,90
2	Brasília de Minas 28.772	Hospital Municipal de Brasília de Minas	56 leitos	Sede de Pólo de Micro	Substituição dos equipamentos do Bloco Cirúrgico, Maternidade, Berçário, Emergência e Serviço de Imagem (Mamógrafo) e outros Serviços de Diagnóstico	Aquisição de Equipamentos e Modernização Gerencial	916.247,61
3	Buritizeiro 23.719	Fundação Municipal de Saúde de Buritizeiro	40 leitos	Sede de Módulo	Substituição dos equipamentos do Bloco Cirúrgico e Obstétrico, Berçário, Laboratório e Serviço de Imagem e Internação	Aquisição de Equipamentos e Modernização Gerencial	117.640,00
4	Coração de Jesus 26.071	Hospital São Vicente de Paulo	83 leitos	Sede de pólo de Micro	Ampliação, Reforma e Substituição de Equipamentos do Ambulatório	Obras, Aquisição de Equipamentos e Modernização Gerencial	382.032,25
5					Conclusão do Centro de Referência Regional em Oftalmologia	Obras	231.341,00
6	Francisco Sá 23.708	Hospital Municipal Francisco Sá	50 leitos	Sede de pólo de Micro	Conclusão da Obra de construção e aparelhamento do Hospital, envolvendo Ambulatório, Internações, Maternidade e Bloco Cirúrgico, Emergência e Unidade de Apoio ao	Obras, Aquisição de Equipamentos e Modernização Gerencial	502.429,12

DISTRIBUIÇÃO DOS INVESTIMENTOS DO PROJETO REFORSUS NA MACRORREGIÃO DO NORTE DE MINAS (MONTES CLAROS)

Nº	Município População	Nome do Beneficiário	Nº de Leitos CNES/ DATASUS 30.11.2004	Papel do Município no PDR	Objetivos dos Investimentos	Características dos Investimentos	Valor Total dos Investimentos Reforsus (R\$)
					Diagnóstico e Terapia.		
7	Itacarambi 15.641	Hospital Municipal Gerson Dias	50 leitos	Sede de Módulo	Conclusão da Obra de construção e aparelhamento do Hospital, envolvendo Ambulatório, Internações, Maternidade e Bloco Cirúrgico, Emergência e Unidade de Apoio ao Diagnóstico e Terapia	Obras, Aquisição de Equipamentos e Modernização Gerencial	378.029,77
8	Jaíba 23.271	Unidade Mista de Jaíba – Prefeitura Municipal	25 leitos	Sede de Módulo	Conclusão da Obra de construção da Unidade Mista, envolvendo Ambulatório, Internações, Maternidade e Bloco Cirúrgico, Emergência e Unidade de Apoio ao Diagnóstico e Terapia	Obras e Modernização Gerencial	103.093,35
9	Januária 63.896	Hospital Municipal de Januária	55 leitos	Sede de pólo de Micro	Substituição dos equipamentos do Bloco Cirúrgico e Obstétrico, Berçário, Laboratório e Serviço de Imagem e Internação	Aquisição de Equipamentos e Modernização Gerencial	118.020,00
10	Lagoa dos Patos 4.517	Unidade de Atend. Imediato de Baixa e Média Complexidade	sem leitos	sem papel	Conclusão da Obra de construção da Unidade de Atendimento Imediato de Baixa e Média Complexidade	Obras e Modernização Gerencial	139.470,00
11	Mamonas 6.505	Ambulatório Médico de Mamonas	sem leitos	sem papel	Conclusão da Obra de construção do Ambulatório Médico	Obras e Modernização Gerencial	193.191,00

DISTRIBUIÇÃO DOS INVESTIMENTOS DO PROJETO REFORSUS NA MACRORREGIÃO DO NORTE DE MINAS (MONTES CLAROS)

Nº	Município População	Nome do Beneficiário	Nº de Leitos CNES/ DATASUS 30.11.2004	Papel do Município no PDR	Objetivos dos Investimentos	Características dos Investimentos	Valor Total dos Investimentos Reforsus (R\$)
12	Manga 20.687	Fundação Hospitalar de Amparo ao Homem do Campo	33 leitos	Sede de Módulo	Conclusão da Obra de construção do Hospital de Amparo ao Homem do Campo, envolvendo Ambulatório, Internações, Centro Cirúrgico e Obstétrico e Serviços de Diagnóstico	Obras	271.088,96
13	Mirabela 10.794	Unidade Mista de Mirabela – Hosp. Mun. São Sebastião	26 leitos	Sede de Módulo	Aquisição de Equipamentos para o Centro Cirúrgico e Serviço de Nutrição e Dietética, com vistas à ativação da unidade	Aquisição de Equipamentos e Modernização Gerencial	82.353,00
14	Monte Azul 23.935	Fundação Médica Assistencial Major Domingos de Deus	25 leitos	Sede de pólo de Micro	Substituição dos equipamentos do Bloco Cirúrgico e Obstétrico, Berçário, Laboratório e Serviço de Imagem.	Aquisição de Equipamentos e Modernização Gerencial	92.000,00
15	Montes Claros 271.608	Hospital Universitário Clemente Faria – Unimontes	149 leitos	Sede de Macro e Microrregião	Aquisição de Equipamentos para Lavanderia, UTI Neonatal e para o Serviço de Imagem (Mamógrafo)	Aquisição de Equipamentos e Modernização Gerencial	1.245.915,15
16		Hemocentro Regional de Montes Claros	sem leitos		Substituição dos Equipamentos	Aquisição de Equipamentos e Modernização Gerencial	625.226,00
17		Pronto Socorro Municipal Dr. Alpheu Gonçalves de Quadros	213 leitos		Substituição dos equipamentos do Ambulatório, Apoio Técnico e Serviço de Imagem (Mamógrafo)	Aquisição de Equipamentos e Modernização Gerencial	135.866,00
18		Santa Casa de Misericórdia	301 leitos		Substituição dos Equipamentos de Lavanderia	Aquisição de Equipamentos	118.000,00

DISTRIBUIÇÃO DOS INVESTIMENTOS DO PROJETO REFORBUS NA MACRORREGIÃO DO NORTE DE MINAS (MONTES CLAROS)

Nº	Município População	Nome do Beneficiário	Nº de Leitos CNES/ DATASUS 30.11.2004	Papel do Município no PDR	Objetivos dos Investimentos	Características dos Investimentos	Valor Total dos Investimentos Reforbus (R\$)
19	Porteirinha 35.475	Santa Casa de Misericórdia e Hospital São Vicente	48 leitos	Sede de Módulo	Substituição dos equipamentos do Bloco Cirúrgico e Obstétrico, Berçário, Emergência, Laboratório e Serviço de Imagem.	Aquisição de Equipamentos e Modernização Gerencial	113.900,00
20	Rio Pardo de Minas 25.897	Hospital Municipal de Rio Pardo de Minas	40 leitos	Sede de Módulo	Substituição dos equipamentos do Bloco Cirúrgico e Obstétrico, Berçário, Emergência, Laboratório e Serviço de Imagem.	Aquisição de Equipamentos e Modernização Gerencial	212.408,00
21	Salinas 34.561	Hospital Municipal de Salinas	50 leitos	Sede de Pólo de Micro	Substituição dos equipamentos do Bloco Cirúrgico e Obstétrico, Berçário, Emergência, Laboratório e Serviço de Imagem.	Aquisição de Equipamentos e Modernização Gerencial	417.402,91
22	São Francisco 50.432	Unidade Mista Dr. Bricio de Castro Dourado	50 leitos	Sede de Pólo de Micro	Ampliação e Aparelhamento da Unidade.	Obras e Aquisição de Equipamentos e Modernização Gerencial	254.486,72
23	Urucuia 7.222	Hospital Municipal de Urucuia	36 leitos	Sede de Módulo	Ampliação, Reforma e Aparelhamento da Unidade.	Obras e Aquisição de Equipamentos e Modernização Gerencial	323.892,79
TOTAL DE RECURSOS ALOCADOS DIRETAMENTE EM UNIDADES DE SAÚDE DA MACRORREGIÃO (exceto PSF)							7.369.046,53

Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS – julho de 2004.

6.4 Análises Preliminares dos Resultados dos Investimentos

Neste eixo coube avaliar as seguintes dimensões: por um lado, a capacidade de operacionalização dos investimentos das instituições beneficiárias; por outro, o desempenho pós funcionamento da capacidade física e tecnológica implementada pelo Projeto.

Tais verificações ocorreram com base nos Relatórios de Supervisão de Obras, Supervisão de Equipamentos e nos Laudos de Avaliação, relatórios gerenciais emitidos com base no Banco de Dados do Projeto ReforSUS, posição julho de 2004. Do ponto de vista da capacidade de operacionalização dos investimentos, verificamos o tempo médio de execução dos subprojetos – principalmente, os prazos decorridos para a aquisição de equipamentos e a realização de obras.

Examinando o Quadro I (Anexo), salientamos que os subprojetos a envolverem unicamente aquisição de equipamentos foram concluídos com maior rapidez que aqueles que abrangiam simultaneamente ou exclusivamente obras. Com relação à supervisão de equipamentos, observamos:

- ❖ Instituições com equipamentos OK – 2 unidades;
- ❖ Instituições com equipamentos encaixotados – 3 unidades;
- ❖ Instituições com equipamentos fora da unidade -1 unidade;
- ❖ Instituições onde a supervisão não foi realizada – 13 unidades.

No tocante aos subprojetos contemplados com obras também discriminados no Quadro I (Anexo), destacamos que o tempo médio de execução das obras ficou na casa dos 20 meses, tempo considerado excessivo para o volume de recursos envolvidos.

Focalizando a capacidade de funcionamento das 22 instituições beneficiadas (envolvendo 23 subprojetos), observamos baixa capacidade de operacionalização dos investimentos, uma vez que, deste total, apenas oito unidades estão em pleno funcionamento, conforme mostra o Quadro I (Anexo):

- ❖ Instituições em pleno funcionamento com objetivos atingidos – 8 unidades;
- ❖ Instituições em funcionamento parcial – 3 unidades;

- ❖ Instituições sem capacidade de funcionamento – 3 unidades;
- ❖ Instituições sem informações quanto ao funcionamento – 8 unidades.

É indiscutível que os resultados da avaliação no estado de Minas Gerais e, especificamente, na Macrorregião do Norte de Minas, não são positivos. A existência de, apenas, 47% dos subprojetos do estado e 39% da Macrorregião com informações quanto ao funcionamento sugere uma certa fragilidade do sistema de monitoramento e avaliação do Projeto ReforSUS, além de alertar para possíveis problemas em relação à capacidade de sustentabilidade dos investimentos no estado como um todo (Tabela 6.4).

TABELA 6.4 - Condições de Funcionamentos dos Subprojetos concluídos do Componente I do Projeto Reforsus no estado de Minas Gerais e na Macrorregião do Norte de Minas.

Condição dos Subprojetos Componente I		MG*	%	Macrorregião Norte de MG**	%
Nº de Subprojetos Concluídos		193	100	23	100
Subprojetos Concluídos	Instituições em funcionamento	90	47	8	39%
	Instituições com problemas de funcionamento	27	14	3	13%
	Instituições sem capacidade de funcionamento	14	7	3	13%
	Instituições sem informações	62	32	8	35%

Fonte: *Sistema de Informação do Projeto ReforSUS – 5 de julho de 2004.

** Relatórios Gerenciais do Projeto ReforSUS: Supervisão de Obras, Supervisão de Equipamentos e Laudos de Avaliação.

Se nos detivermos apenas no número de subprojetos dos quais não se tem informação quanto às condições de funcionamento e compararmos os dados do estado de Minas ao do Brasil (Gráfico 6.1), poderemos observar que esses números quase dobram, enquanto, para o Brasil, essa categoria de subprojeto representa 55% do total concluído e, em Minas Gerais, envolve 32% do total de concluídos no estado.

Por outro lado, o percentual de subprojetos sem informação nos estados da Região Sul envolvendo, respectivamente, no PR (41%), SC (46%), RS(41%) apresenta percentual para esta categoria inferior à média nacional. Entretanto,

tal fato não se mostra verdadeiro para os estados da Região Sudeste, que possuem nesta categoria 68% no RJ e 59% no ES. (Tabela 4.29).

GRÁFICO 6.1 – Condições de sustentabilidade dos subprojetos concluídos até julho de 2004 – Comparativo Minas Gerais e Macrorregião do Norte de Minas.



Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS.

A pergunta que se coloca é: se soubéssemos mais sobre as condições de sustentabilidade dos investimentos do universo Brasil, como se distribuiriam os números na Tabela 6.5 e no Gráfico 6.2?

TABELA 6.5 Condições de Funcionamentos dos Subprojetos concluídos do Componente I do Projeto Reforsus. Brasil - julho de 2004

Condição dos Subprojetos Componente I		BRASIL	%
Nº de Subprojetos Concluídos		1.074	100
Subprojetos Concluídos 1.074	Instituições em funcionamento	370	34
	Instituições com problemas de funcionamento	90	8
	Instituições sem capacidade de funcionamento	36	3
	Instituições sem informações	578	55

Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS. 5 de Julho de 2004.

GRÁFICO 6.2 – Condições de sustentabilidade dos subprojetos concluídos até julho de 2004 – Brasil



Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS.

Igualmente, outras perguntas, um pouco mais substantivas e anteriores a esta, se colocam como oportunas e prioritárias sem que se tenha a pretensão de respondê-las todas nesta tese. São elas:

- ❖ Por que se sabe tão pouco sobre a capacidade de funcionamento dos subprojetos concluídos?
- ❖ Como se estruturou o sistema de monitoramento e avaliação dos subprojetos do Projeto ReforSUS?
- ❖ Quais as razões para percentuais tão baixos de funcionamento das unidades beneficiadas pelos investimentos, uma vez que estas foram priorizadas e aprovadas em instâncias legítimas e representativas do SUS?

- ❖ Como se explicam os resultados da Tabela 6.2, se 75% dos subprojetos (o que representa 92% dos recursos envolvidos) foram alocados em municípios com papel de destaque nos Planos Diretores de Regionalização das Unidades Federadas?

Concentrando nossos esforços nas duas últimas questões colocadas, relativas à eleição de prioridades de alocação de recursos de investimentos no país, e tentando entender o contexto em que essa eleição de prioridades ocorreu, retrocederemos ao ano de 1996, momento em que este processo aconteceu no interior das Comissões Intergestoras Bipartites e das Secretarias Estaduais de Saúde.

DISCUSSÃO E SUGESTÕES

7.1 Contexto da priorização dos investimentos do Projeto ReforSUS

Embora a execução do Projeto ReforSUS tenha sido iniciada em 1997, quando do início das análises e aprovações dos subprojetos pelas instâncias internas do Projeto, as convocatórias para habilitação de subprojetos foram publicadas no final de 1996, ocasião em que também foram analisados, priorizados e aprovados os pleitos encaminhados às Comissões Intergestoras Bipartite e às Secretarias Estaduais de Saúde.

Tal fato, aparentemente irrelevante, reveste-se de importância, se levarmos em conta o contexto em que ocorreu o processo: **sob a égide das Normas Operacionais Básicas 93 e 96 (NOB 93 e NOB 96), ambas sob a lógica de desconcentração da oferta de ações de saúde para os municípios.**

Afora isso, o Projeto ReforSUS, embora tenha estabelecido quatro Áreas Programáticas prioritárias de intervenção no sentido da reorganização do SUS, omitiu-se quanto ao estabelecimento dos parâmetros para averiguação da pertinência e relevância dos investimentos propostos, delegando essa investigação às Secretarias Estaduais de Saúde.

Com relação, especificamente, à Área Programática I – readequação física e tecnológica do SUS, prioritariamente na atenção ao parto, puerpério e período perinatal, urgência e emergência nos grandes centros urbanos –, a primazia dos investimentos em relação à necessidade e à oportunidade das intervenções solicitadas, no sentido da reorganização dos sistemas loco-regionais, coube às CIB's e SES's. Entretanto, face aos resultados apresentados, cabe perguntar se esta foi a melhor estratégia de priorização de investimentos?

Entretanto, sob a égide das NOB's 93 e 96, essa missão imposta às CIB's e SES's, aparentemente, se operacionalizou sob a ótica das necessidades municipais em detrimento das necessidades de organização dos sistemas loco-

regionais, uma das premissas de estruturação do Sistema único de Saúde contidas na Lei Orgânica de Saúde. Na realidade, faltou à estrutura administrativa do Projeto, em nível federal e estadual, a capacidade de formulação de políticas integradoras, de modo a evitar escolhas que resultassem no fortalecimento da fragmentação dos sistemas loco-regionais.

Sobre as NOB's, em relação aos papéis dos municípios na organização dos SUS, destacam-se as seguintes diretrizes, extraídas do *site* do Ministério da Saúde¹⁴, que ajudam a entender este momento:

A NOB - 93

- *Desencadeia processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão criadas (incipiente, parcial e semiplena);*
- *Cria transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena;*
- *habilita municípios como gestores, criando a terceira instância gestora do SUS;*
- *Frágil definição do papel dos estados, que entretanto também passam a assumir seu papel de gestor do sistema estadual de saúde;*
- *São constituídas as Comissões Intergestores Bipartites (de âmbito estadual) e Tripartite (nacional), como importantes espaços de negociação, pactuação, articulação, integração, entre gestores.*

OBJETIVOS GERAIS DA NOB-96

- *Promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes com a respectiva redefinição das responsabilidades dos estados, Distrito Federal e da União;*
- *Caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor (diretamente ou garantindo a referência) => explicitando um novo pacto federativo para a saúde*
- *Reorganizar o modelo assistencial, descentralizando, nos municípios, a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde;*
- *Aumentar a participação % da transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais a estados e municípios, reduzindo a transferência por remuneração por serviços produzidos (ou "pagamento por produção");*
- *Fortalecer a gestão do SUS, compartilhada entre os governos municipais, estaduais e federal através das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites, como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores;*

¹⁴ Organizadas por Ricardo Scott, *site* do Ministério da Saúde. Acesso em 14/12/2004.

- Estabelecer vínculo entre o cidadão e o SUS, conferindo visibilidade quanto à autoridade responsável pela sua saúde, promovendo o cadastramento e adscrição da clientela e criando o **CARTÃO SUS-MUNICIPAL**.

Embora esse contexto não justifique o expressivo percentual de investimento sem capacidade de funcionamento ou com funcionamento parcial, é capaz de explicar tais resultados.

Associando-se a ausência de políticas integradoras por parte do Ministério da saúde à lógica de desconcentração da oferta de ações para os municípios, desencadeadas pelas NOB 93 e 96, é de se esperar que todo município queira ter seu próprio hospital: 'juntou a fome e a vontade de comer'.

Provavelmente, o aumento da capacidade instalada em municípios de pequeno porte – indiretamente estimulado pelas NOB's – pode estar em desacordo com a capacidade destes quanto a garantirem recursos humanos em quantidade e qualidade compatível com as necessidades de operacionalização dos investimentos, além de não contarem com recursos de custeio, alocados nos tetos financeiros de cada município para o financiamento da operação.

Neste contexto, retorna-se à argumentação já apresentada anteriormente, referindo-se aos municípios de pequeno porte contemplados com investimentos do Projeto, em especial, no estado de Minas Gerais, estratégia de priorização de investimentos que não favoreceu a construção de condições de sustentabilidade para o pleno funcionamento, fazendo emergir o desequilíbrio existente, entre o *poder para a gestão* e a *capacidade de gestão* dos entes representativos desta esfera de governo.

Por sua vez – e ajudando também a explicar o baixo índice de funcionamento dos subprojetos –, com os investimentos é possível que se tenha aumentado a capacidade instalada de unidades de saúde sem que se garantisse a demanda necessária à plena utilização da oferta – incrementada apenas pela população existente no município –, o que constitui um dos critérios de condições de sustentabilidade utilizados nesta tese (COHEN e FRANCO, 1999).

7.2 Investimentos do Projeto ReforSUS e Planos Diretores de Regionalização

Partindo-se do princípio de que as hipóteses levantadas anteriormente são verdadeiras, como explicar o alto índice de municípios contemplados com investimentos do Projeto com papel nos Planos Diretores de Regionalização?

Esta questão remete-nos a um problema central do Planejamento e da Programação na área da Saúde: planeja-se a partir da **oferta** ou da **demanda**?

Aparentemente, os Planos Diretores de Regionalização se estruturaram com base na oferta de serviços, incorporando, nesse planejamento, o aumento da capacidade instalada propiciado pelos investimentos do Projeto ReforSUS. Por um lado, a capacidade instalada aumentada deveria contar com condições adequadas de viabilidade econômica e operacional, para se transformar realmente em oferta de serviços, e, por outro, o incremento na oferta de serviços, para ser efetivo, deveria contar com demanda compatível.

Observando o Quadro 6.1, em que 17 dos 19 municípios contemplados com investimentos do ReforSUS possuem papel na Macrorregião do Norte de Minas – alguns deles, como sede de Módulo ou Sede de Microrregião – podemos inferir que esse papel na organização do sistema loco-regional de saúde lhes foi atribuído a partir da capacidade instalada aportada ao município pelo Projeto ReforSUS. Tal hipótese se sustenta, uma vez que o seu porte e o tipo de investimento realizado – de conclusão e/ou ampliação de unidades – não os habilitaria anteriormente como pólo histórico de convergência da população na busca de serviços, uma vez que não existiam.

Dessa forma, podemos supor que, pela existência de capacidade instalada, se atribuiu ao município um papel de destaque no Plano Diretor de Regionalização na expectativa de que este lhe garantisse a plena utilização da capacidade instalada existente.

Tais constatações denotam a fragilidade da Política de Regionalização proposta pela NOAS, uma vez que sua implementação, expressa pelos PDR's, sugerem que o processo de regionalização ocorreu com base na oferta de tecnologias assistenciais, bem como descolado de mecanismos de gestão e controle das Redes Loco-regionais em formação, quer seja do ponto de vista

da relação oferta/demanda ou da capacidade de garantir recursos para a operacionalização e o custeio das unidades.

7.3 Considerações Finais

Se pudéssemos resumir, em uma frase, a situação ideal de utilização dos recursos públicos de investimentos na área da saúde, poderíamos recomendar a cada Gestor do SUS, vinculado à instituição pública ou privada:

*Escolher bem o que fazer e
fazer bem o que escolheu,
de modo a obter-se dos recursos
o maior rendimento possível*

Entretanto, sabemos que a realidade dos investimentos aplicados na Rede Física do SUS está muito distante da situação ideal. Os resultados e análises dos Capítulos V e VI, ao focalizarem as unidades hospitalares, expressam apenas uma faceta da situação dos investimentos no Brasil.

Remetendo-nos à primeira questão colocada na pesquisa – *Tendo como objetivo a equidade, além da escassez de recursos disponíveis e a desigualdade social como contexto, que nível de eficiência vem sendo atingido pelos investimentos em saúde no país?* – poderíamos concluir que, infelizmente, o nível alcançado não é satisfatório.

A expansão acelerada e desordenada de unidades de saúde nas décadas de 80 e de 90 – quer seja na atenção básica, na média e na alta complexidade, – resultou no incremento de mais de 31 mil novas unidades de saúde vinculadas ao SUS (Tabela 2.2). Tal fato, embora seja motivo de regozijo por parte do Ministério da Saúde – em especial, no tocante ao aumento do número de unidades de atenção primária, cujo total é de cerca de 27 mil unidades no período – é extremamente preocupante, uma vez que não se possuem registros, confiáveis ou não, do funcionamento dessas unidades e, muito menos, dos resultados que alcançaram.

Contudo, a regulação imposta pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (ANVISA/MS) para a criação dessas unidades básicas, em especial, em relação ao porte e à sua complexidade, pode estar resultando em edificações em desequilíbrio com o porte e a complexidade das pequenas

localidades rurais onde são implantadas, muitas vezes comunidades de 1.500 a 3.000 habitantes.

Por sua vez, se levarmos em conta o aporte das novas e complexas tecnologias surgidas nas duas últimas décadas, expressas pelo incremento de serviços de alto custo e alta complexidade – como, por exemplo, as Unidades de Terapia Intensiva – e a difusão significativa de serviços de média complexidade – como os serviços de imagem, de métodos gráficos e métodos óticos – veremos que existem grandes lacunas quantitativas e qualitativas em relação à mão-de-obra técnica capacitada para operá-los e mantê-los, da mesma forma que técnicos de enfermagem, técnicos de biodiagnóstico, técnicos de raios X, técnicos de manutenção de equipamentos biomédicos, entre outros, que necessitam ser incorporados à força de trabalho do SUS.

No entanto, o Ministério da Saúde acena com novos investimentos de expansão da Rede SUS, em especial, para as unidades de atenção básica, o que se traduz pelos investimentos do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) e na atenção de média e alta complexidade, objeto do Projeto QUALISUS.

Os investimentos do PROESF já se encontram em execução, mas o Projeto de Investimentos QUALISUS – que envolve US\$ 1 bilhão de financiamento externo – encontra-se ainda em formulação.

A segunda e a terceira questões colocadas – Como alocar de modo eficiente os recursos existentes? De que maneira se poderia lidar com os recursos de capital de forma a obter-se o maior aproveitamento possível? – fazem-nos retroceder no tempo, mais precisamente à década de 1970, e resgatar algumas discussões e premissas introduzidas pela Organização Pan-americana de Saúde, que se mostram atuais nessa virada de século.

Especificamente no que concerne à expansão dos serviços de saúde, a Organização Pan-Americana de Saúde, em meados da década de 1970, constatou que um dos entraves para a concretização das estratégias e ações voltadas à extensão de cobertura residia na gestão apropriada dos escassos recursos disponíveis.

Essa constatação impulsionou um processo de discussão acerca da otimização da alocação de recursos para a saúde, objetivando o estabelecimento de premissas e diretrizes que possibilitassem a sua utilização de forma a se obter o maior aproveitamento desses recursos. Entretanto, o debate sobre a otimização dos recursos fez emergir também a (in)capacidade de os países lidarem com questões relativas à gestão da infra-estrutura de saúde. Constatou-se, nesse momento, que tanto a manutenção da rede em funcionamento como os mecanismos adotados para adaptação e ampliação da rede física e tecnológica existentes ocorriam de forma desordenada, contribuindo provavelmente para elevar, de maneira desnecessária, os custos já altos do setor (PESSÔA, 1996).

A compreensão de que se deveria melhorar o processo de expansão e de organização dos Sistemas e Serviços de Saúde, por um lado, intensifica as discussões sobre planejamento e programação em saúde e, por outro, faz emergir as questões relativas à necessidade de qualificação do gerenciamento da expansão da estrutura física e tecnológica existentes como um dos pontos prioritários para o melhor e maior aproveitamento dos investimentos na rede de prestação de serviços de saúde.

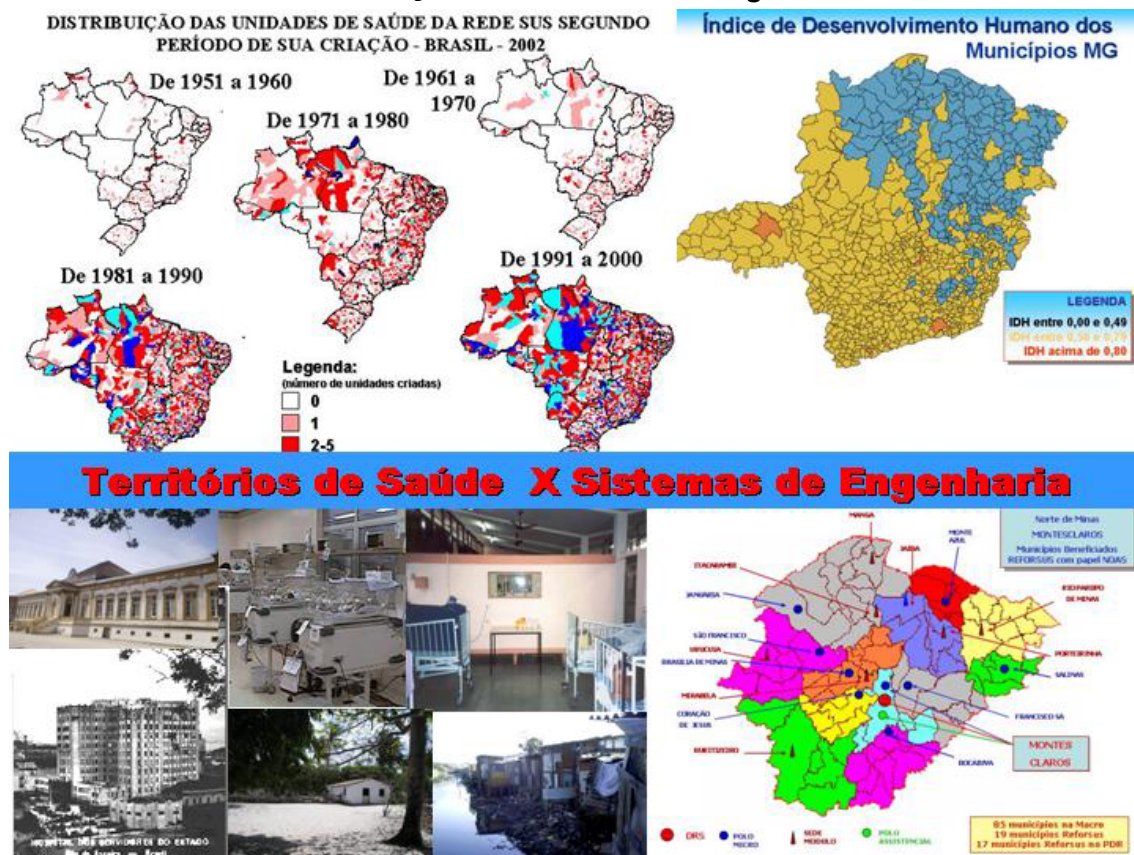
Nesse momento abre-se uma vertente de estudos e pesquisas no interior da OPAS com vistas a dar conta dessa nova demanda, instaurando-se então um processo de revisão no modo de planejar, programar, projetar, operacionalizar e manter os Sistemas e Serviços de Saúde. Os critérios preconizados pela OPAS (OPAS,1983) são:

- **Planejar** de modo a racionalizar os investimentos, tanto no tocante à localização dos mesmos quanto às suas dimensões e complexidade, ajustando-os às necessidades loco-regionais;
- **Programar** tendo em mente a integração físico-funcional, ou seja, a compatibilização da programação de saúde com a programação arquitetônica, de modo a evitar capacidade instalada ociosa;
- **Projetar** segundo a necessidade contínua de adaptação dos edifícios aos avanços tecnológicos e às características e necessidade de cada país;

- **Operacionalizar e Manter** tanto a estrutura física como as instalações e equipamentos, de forma a obter o maior rendimento possível;
- **Investir na formação de recursos humanos para dar conta da operacionalização e da manutenção da infra-estrutura de saúde.**

Nesse sentido, o *mergulho* em Montes Claros – nível mais poroso de análise – possibilitou-nos perceber a necessidade de que se formulem estratégias para o equacionamento das questões relativas à reestruturação dos **sistemas de engenharia na saúde**, focalizando os diferentes níveis de abrangências concernentes às possibilidades de organização dos **territórios de saúde**, que, no nosso caso, envolvem o território concernente a mais singela das unidades básicas do Programa Saúde da Família até a organização do Sistema Nacional de Saúde, pela ótica da organização das redes loco-regionais com ênfase na descentralização, regionalização e hierarquização, conforme ilustrado na Figura 7.1.

FIGURA 7.1 – Abrangência dos Territórios de Saúde face às possibilidades de estruturação dos Sistemas de Engenharia



Desta forma, o **território de saúde** – ambiente institucional onde interagem os recursos de estrutura e de processos – pode ser encarado tanto pela abordagem do **planejamento**, em suas dimensões regional, macro e microrregional e local, como pela abordagem da **arquitetura** que envolve o estudo das unidades de saúde, em si, dos ambientes que a compõem, de suas tecnologias e processos de trabalho. A nosso ver, ambas as abordagens fornecem contribuições para a formulação de Políticas de Investimentos em Saúde.

Em qualquer das dimensões, estudar investimentos na Rede SUS, significa também pesquisar as transformações e incorporações de saberes e tecnologias na estrutura de prestação de serviços existente em determinado território. Tal premissa pressupõe examinar as características sócio-culturais e as condições gerais da **população** e do **território**, como ilustra a Figura 7.2.

FIGURA 7.2 – Planejando, Programando e Priorizando Investimentos em Saúde

Planejando, Programando e Priorizando Investimentos



Significa, da mesma forma, identificar o papel de cada unidade na estruturação do sistema de saúde, o que implica definir e determinar modificações sobre o porte e a complexidade de algumas unidades de saúde, redefinindo seu **perfil** e seu **papel** na estruturação da Rede Loco-regional.

Em síntese, com vistas à formulação de Projetos de Investimentos integradores, relevantes, sustentáveis e bem executados, as Políticas de Investimentos deveriam ocorrer com base em alguns atributos, a saber:

- Viabilizar Políticas de Saúde;
- Focar a Regionalização do Sistema e não a racionalização da tecnologia;
- Observância do trinômio: gestão/controle/modelagem da atenção;
- Maior densidade na formulação de subprojetos de investimentos;
- Contar com a cooperação técnica do Ministério da saúde para formação de recursos humanos e desenvolvimento técnico;
- Ter a integralidade e a equidade como desafios.

No Brasil, precisaremos “tirar o atraso” de duas décadas para melhor estruturarmos nosso *conhecimento técnico lato senso* na Gestão da Rede Física e Tecnológica do SUS, seja com o intuito de expandi-la ou de mantê-la, uma vez que um dos gargalos nas condições de sustentabilidade dos investimentos do Projeto ReforSUS – que foi apontado inclusive no Relatório Final de Avaliação do Projeto – consiste na insuficiência de capital humano, em quantidade e qualidade adequadas à Gestão de Projetos de investimentos em Saúde, envolvendo a priorização, a execução, a operacionalização e a manutenção dos investimentos.

Nesse sentido, em que pesem as fragilidades do Sistema de Informação do Projeto ReforSUS, seria oportuno que as condições de funcionamento dos investimentos realizados fossem sabidos, identificando-se os pontos de estrangulamento, aqueles que impossibilitaram a sua operacionalização, e revertendo a situação da capacidade instalada ociosa e inoperante, com o objetivo de sanar as disfunções encontradas antes de se iniciar o novo processo de investimentos na expansão e reestruturação da Rede de Saúde do SUS, almejado pelo Ministério da Saúde com o Projeto QUALISUS.

Em nosso modo de ver, não basta constatar que um percentual 'X' de investimentos encontra-se sem capacidade de funcionamento ou que um percentual 'Y' está ocioso; é preciso reverter essa situação com vistas à otimização dos recursos alocados recentemente pelo Projeto ReforSUS.

Por sua vez, além de se ativar a totalidade da capacidade física e tecnológica instalada a partir de meados da década de 1990, seria oportuno entender melhor e mais profundamente o contexto em que esta capacidade vem sendo aumentada. Nesse sentido, o Capítulo III desta Tese de Doutorado – *A Gênese da Rede SUS* – deixa em aberto uma discussão que é, a nosso ver, instigante e oportuna, uma vez que seu aprofundamento, por historiadores e outros profissionais interessados no tema, forneceria subsídios a planejadores, gestores e reguladores do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGENOR, Arnaldo Bertone, 2002. *As idéias e as práticas: a construção do SUS*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

BENCHIMOL, J. 1990. *Manguinhos: do sonho à vida*. Rio de Janeiro. Fiocruz.

BERTOLLI Filho, Cláudio, 2001. *História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 248p.

CAMARGO, A. B. A., 2003. Atualidade do federalismo: tendências internacionais e a experiência brasileira. In: *Propostas para uma gestão pública municipal efetiva* (S. C. Vergara, & V. L. A. Corrêa, orgs.), Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

CASTRO, Janete Lima de; SANTANA, José Paranaguá de & NOGUEIRA, Roberto Passos, 2002. *Izabel dos Santos: a arte e a paixão de aprender fazendo*. Natal (RN): Observatório RH NESC/UFRN.

COHEN, E. & FRANCO, R., 1994. *Avaliação de Projetos Sociais*. Petrópolis: Vozes.

DONABEDIAN, A., 1972. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Michigan: Editorial Board. (The Definition of quality and Approaches to its Assessment, v. I)

ENSPTEC, JOHNSNOWBRASIL & FECAMP, 2003. *Relatório Final Análise de Sustentabilidade dos Investimentos Acima de US\$ 1 Milhão do PROJETO REFORSUS*. Rio de Janeiro. mimeo

FERLA, A. A., 2002. *Clínica Nômade e Pedagogia Médica Mestiça: cartografia das idéias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à Clínica Médica*. Tese de doutorado, Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

FERLA, A. A.; PESSÕA L. R. et al., 2001. Financiamento e regionalização em saúde: a experiência gaúcha. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro. CEBES, n. 23.

FOUCAULT, Michel, 1979. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Ed. Graal.

FOUCAULT, Michel, 1999. *O nascimento da clínica*. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA. *Texto Recolhido dos arquivos da Fundação Sesp - 1942 a 1982*. Biblioteca Virtual da COC.

GROPIUS, Walter, 1972. *Bauhaus: nova arquitetura*. São Paulo: Ed. Perspectiva. Coleção Debates.

GUATTARI, Felix, 1993. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Editora 34.

HOLANDA, Sérgio, B. 2004. *Raízes do Brasil*. 26 ed. São Paulo. Editora Companhia das Letras

IBAM, 1995. *Manual para elaboração de projetos de edifícios de saúde*. (Versão preliminar).

LESGARDS, R., 1994. Prefácio. In: *O Império das Técnicas* (R. Scheps, org.). Campinas: Editora Papyrus.

MERHY, Emerson E. & QUEIROZ, Marcos S., 1993. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.9, n. 2, April/June.

MINAYO, C. D., 2003. Entre vôos de águia e passos de elefante: caminhos da investigação na atualidade. In: *Caminhos do pensamento: epistemologia e método* (C. D. Minayo & Destandes, org.). 2.ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

MIQUELIN, Lauro Carlos, 1992. *Anatomia dos Edifícios Hospitalares*. São Paulo: CEDAS.

MOLES, Abraham, 1994. Engenheiros e inventores Hoje. 59-68. In: *O Império das Técnicas* (R. Scheps, org.). Campinas: Editora Papyrus.

MS (Ministério da Saúde), 1997. *Manual de Avaliação do Projeto ReforSUS*. Brasília: Ministério da Saúde.

MS (Ministério da Saúde), 1997. *Manual de Operação do Projeto ReforSUS*. Brasília. Ministério da Saúde.

MS (Ministério da Saúde), 1999. PROJETO REFORSUS. UATR III. *Estudos Preliminares da Avaliação de Impacto nas Macro e Micro Regiões dos estados do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Paraná*. Documento Interno. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.

MS (Ministério da Saúde), 2001. Gabinete do Ministro da Saúde. Portaria n. 393. Agenda Nacional de Saúde. *DOU* de 30.03.01.

NUNES, Tânia Celeste Matos, 1998. *A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. 194 p.

OPS (Organização Pan-americana de Saúde), 1983. Programación, desarrollo y mantenimiento de establecimientos de salud. México. *Publicación científica*, 441. Organização Pan-americana de Saúde.

PEREIRA, A. T., 1980. *Profissionais de Saúde numa Instituição de Estado: relato de uma experiência*. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

PESSÔA, L. R., 2003. Brincando com o espaço: uma proposta para as escolas técnicas de saúde do SUS. *Revista História, Ciências, Saúde: Manguinhos*. Vol. 10(2):727:40, maio-ago. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz.

PESSÔA, L. R., 2001. Hospitais federais no Rio de Janeiro e a terceirização das atividades-meio: em busca de qualidade, flexibilidade e ganhos econômicos. *Revista de Administração Pública*, v.3, set. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

PESSÔA, Luisa Regina, 1996. *Terceirização nos hospitais públicos: mais um problema ou uma possível solução?* Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

PICON, A., 1994. O Dinamismo das Técnicas. In: *O Império das Técnicas* (R. Scheps, org.), Campinas: Editora Papirus.

RIBEIRO, Carlos Dimas Martins, 2003. *"Cultura dos limites", justiça sanitária e alocação de recursos: argumentações racionais a cerca dos conflitos morais em medicina intensiva neonatal, do ponto de vista dos profissionais intensivistas*. Rio de Janeiro. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

ROSAS, E. J., 1981. *A Extensão de Cobertura dos Serviços de Saúde no Brasil: PIASS – Análise de uma experiência*. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz.

SANTOS, Boaventura de Souza, 2000. *Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática*. 2ed. São Paulo: Cortez
Conteúdo: V. 1. A Crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência.

SANTOS, M., 2002. *A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção*. São Paulo: Editora da universidade de São Paulo. (Coleção Milton Santos, 1).

SANTOS, Milton & SILVEIRA, Maria Laura, 2002. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. 4 ed. Rio de Janeiro: Record.

SANTOS, R. C. N., 1995. A história do Projeto Montes Claros. In: *A Utopia Revisitada*, p. 21-79 (Fleury, org.). Rio de Janeiro: ABRASCO

SCHRAMM, Fermin Roland, 2000. Bioética, economia e saúde: direito à assistência, justiça social, alocação de recursos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 46 (1): 41-47.

SÓRIO, Rita Elisabeth da Rocha, 2002. *Inovações no campo da gestão de Projetos Sociais: uma reflexão à luz da experiência do PROFAE*. PROFAE educação profissional em saúde e cidadania (Ministério da Saúde). Saúde, p.17-29. Brasil, Editora MS.

ANEXO I

TABELA I – Total de Unidades de Saúde da Macrorregião do Norte de Minas por Década de Início de Atividade

TABELA II – Unidades Hospitalares da Macrorregião do Norte de Minas por Ano de Início de Atividade

TABELA III – Distribuição das unidades hospitalares da Macrorregião do Norte de Minas por ano – Microrregião e Município

QUADRO I – Resumo dos Laudos de Supervisão e Avaliação dos Investimentos do Projeto ReforSUS na Macrorregião do Norte de Minas, segundo Instituições Beneficiárias.

TABELA I – Total de Unidades de Saúde da Macrorregião do Norte de Minas por Década de Início de Atividade
PESQUISA ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA - MINAS GERAIS - CARACTERIZAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
ESTABELECIMENTOS COM ATENDIMENTO SUS POR MUNICÍPIO E ANO DE INÍCIO DE ATIVIDADE
MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO NORTE DE MINAS

Código do IBGE e Nome do Município	2002														Total Global
	Sem data	2. Séc. XVIII	3. Séc. XIX	4. Entre 1901 e 1910	5. Entre 1911 e 1920	6. Entre 1921 e 1930	7. Entre 1931 e 1940	8. Entre 1941 e 1950	9. Entre 1951 e 1960	10. Entre 1961 e 1970	11. Entre 1971 e 1980	12. Entre 1981 e 1990	13. Entre 1991 e 2000	14. Entre 2001 e 2002	
310665 Berizal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	3
310730 Bocaiúva	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	4	9	1	18
310825 Bonito de Minas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
310850 Botumirim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	4
310860 Brasília de Minas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	20	1	26
310940 Buritizeiro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	3	8	0	17
311115 Campo Azul	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
311270 Capitão Azul	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	6	0	12
311547 Catuti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
311650 Claro dos Poções	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	5
311783 Cônego Marinho	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
311880 Coração de Jesus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	1	7	0	15
312030 Cristália	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	4
312087 Curral de Dentro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
312380 Engenheiro Navarro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	4	0	7
312430 Espinosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	2	5	0	11

**PESQUISA ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA - MINAS GERAIS - CARACTERIZAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
ESTABELECIMENTOS COM ATENDIMENTO SUS POR MUNICÍPIO E ANO DE INÍCIO DE ATIVIDADE
MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO NORTE DE MINAS**

Código do IBGE e Nome do Município	Sem data	2002														Total Global
		2. Séc. XVIII	3. Séc. XIX	4. Entre 1901 e 1910	5. Entre 1911 e 1920	6. Entre 1921 e 1930	7. Entre 1931 e 1940	8. Entre 1941 e 1950	9. Entre 1951 e 1960	10. Entre 1961 e 1970	11. Entre 1971 e 1980	12. Entre 1981 e 1990	13. Entre 1991 e 2000	14. Entre 2001 e 2002		
312660 Francisco Dumont	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	1	5	
312670 Francisco Sá	5	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	9	
312707 Fruta de Leite	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
312733 Gameleiras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0	5	
312735 Glaucilândia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	5	
312780 Grão Mongol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	5	0	11	
312825 Guaraciama	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	
312960 Ibiaí	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	1	6	
312965 Ibiracatu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	3	
313005 Icaraí de Minas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	
313065 Indaiabira	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	1	0	6	
313200 Itacambira	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3	
313210 Itacarambi	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	7	
313505 Jaíba	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	2	1	8	
313510 Janaúba	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5	2	4	5	18	
313520 Januária	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	14	3	24	
313535 Japonvar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	3	

**PESQUISA ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA - MINAS GERAIS - CARACTERIZAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
ESTABELECIMENTOS COM ATENDIMENTO SUS POR MUNICÍPIO E ANO DE INÍCIO DE ATIVIDADE
MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO NORTE DE MINAS**

Código do IBGE e Nome do Município	Sem data	2002														Total Global
		2. Séc. XVIII	3. Séc. XIX	4. Entre 1901 e 1910	5. Entre 1911 e 1920	6. Entre 1921 e 1930	7. Entre 1931 e 1940	8. Entre 1941 e 1950	9. Entre 1951 e 1960	10. Entre 1961 e 1970	11. Entre 1971 e 1980	12. Entre 1981 e 1990	13. Entre 1991 e 2000	14. Entre 2001 e 2002		
313560 Jequitaiá	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	0	5	
313640 Joaquim Felício	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	
313657 Josenópolis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
313680 Juramento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	0	5	
313695 Juvenília	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3	
313730 Lagoa dos Patos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
313810 Lassance	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	4	
313865 Lontra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	
313868 Luislândia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3	
313925 Mamonas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	
313930 Manga	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	4	
314085 Matias Cardoso	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	
314100 Mato Verde	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3	
314200 Mirabela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	4	0	8	
314225 Miravânia	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	
314270 Montalvânia	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6	
314290 Monte Azul	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	4	2	3	14	

**PESQUISA ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA - MINAS GERAIS - CARACTERIZAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
ESTABELECIMENTOS COM ATENDIMENTO SUS POR MUNICÍPIO E ANO DE INÍCIO DE ATIVIDADE
MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO NORTE DE MINAS**

Código do IBGE e Nome do Município	Sem data	2002														Total Global
		2. Séc. XVIII	3. Séc. XIX	4. Entre 1901 e 1910	5. Entre 1911 e 1920	6. Entre 1921 e 1930	7. Entre 1931 e 1940	8. Entre 1941 e 1950	9. Entre 1951 e 1960	10. Entre 1961 e 1970	11. Entre 1971 e 1980	12. Entre 1981 e 1990	13. Entre 1991 e 2000	14. Entre 2001 e 2002		
314330 Montes Claros	4	0	1	0	0	0	0	0	0	3	19	13	30	3	73	
314345 Montezuma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	3	
314465 Ninheira	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	3	
314505 Nova Porteirinha	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	
314537 Novorizonte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	
314545 Olhos d'Água	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	4	
314625 Padre Carvalho	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	
314655 Pai Pedro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
314795 Patis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
314915 Pedras de M ^a da Cruz	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
315057 Pintópolis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
315120 Pirapora	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	15	7	28	
315213 Ponto Chique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	3	
315220 Porteirinha	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	2	5	0	12	
315450 Riacho dos Machados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	4	
315460 Rio Pardo de Minas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	42	1	44	
315650 Rubelita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	3	0	8	

**PESQUISA ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA - MINAS GERAIS - CARACTERIZAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
ESTABELECIMENTOS COM ATENDIMENTO SUS POR MUNICÍPIO E ANO DE INÍCIO DE ATIVIDADE
MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO NORTE DE MINAS**

Código do IBGE e Nome do Município	Sem data	2002														Total Global
		2. Séc. XVIII	3. Séc. XIX	4. Entre 1901 e 1910	5. Entre 1911 e 1920	6. Entre 1921 e 1930	7. Entre 1931 e 1940	8. Entre 1941 e 1950	9. Entre 1951 e 1960	10. Entre 1961 e 1970	11. Entre 1971 e 1980	12. Entre 1981 e 1990	13. Entre 1991 e 2000	14. Entre 2001 e 2002		
315700 Salinas	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	5	1	4	7	19	
315737 Santa Cruz de Salinas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	
315760 Santa Fé de Minas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
316045 Sto Antônio do Retiro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	
316110 São Francisco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3	12	1	18	
316225 São João da Lagoa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	
316240 São João da Ponte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	1	0	0	8	
316245 São João das Missões	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
316270 São João do Paraíso	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	0	2	7	
316420 São Romão	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	2	0	5	
316695 Serranópolis de Minas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
316800 Taiobeiras	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	2	2	5	13	
317000 Ubaí	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	1	0	7	
317052 Urucuaia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	3	
317065 Vargem Grande do Rio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	
317080 Várzea da Palma	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	3	7	0	15	
317090 Varzelândia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	4	

**PESQUISA ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA - MINAS GERAIS - CARACTERIZAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
ESTABELECIMENTOS COM ATENDIMENTO SUS POR MUNICÍPIO E ANO DE INÍCIO DE ATIVIDADE
MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO NORTE DE MINAS**

2002															
Código do IBGE e Nome do Município	Sem data	2. Séc. XVIII	3. Séc. XIX	4. Entre 1901 e 1910	5. Entre 1911 e 1920	6. Entre 1921 e 1930	7. Entre 1931 e 1940	8. Entre 1941 e 1950	9. Entre 1951 e 1960	10. Entre 1961 e 1970	11. Entre 1971 e 1980	12. Entre 1981 e 1990	13. Entre 1991 e 2000	14. Entre 2001 e 2002	Total Global
317103 Verdelândia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3
Total Global	33	0	1	0	0	0	1	3	7	26	155	88	270	45	629

Fonte: A.M.S. / IBGE / DATASUS 2002

TABELA II – Unidades Hospitalares da Macrorregião do Norte de Minas por ano de início de atividade

PESQUISA ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA - MINAS GERAIS - CARACTERIZAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES COM ATENDIMENTO SUS POR MUNICÍPIO E ANO DE INÍCIO DE ATIVIDADE
MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO NORTE DE MINAS
2002

Código do IBGE e Nome do Município	Sem data	2. Século XVIII	3. Século XIX	4. Entre 1901 e 1910	5. Entre 1911 e 1920	6. Entre 1921 e 1930	7. Entre 1931 e 1940	8. Entre 1941 e 1950	9. Entre 1951 e 1960	10. Entre 1961 e 1970	11. Entre 1971 e 1980	12. Entre 1981 e 1990	13. Entre 1991 e 2000	14. Entre 2001 e 2002	Total Global
310730 Bocaiúva	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
310860 Brasília de Minas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2
310940 Buritizeiro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
311270 Capitão Eneas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
311880 Coração de Jesus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
312430 Espinosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
312670 Francisco Sá	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
312780 Grão Mongol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
313210 Itacarambi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
313505 Jaíba	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
313510 Janaúba	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
313520 Januária	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
313640 Joaquim Felício	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
313680 Juramento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
313930 Manga	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
314200 Mirabela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
314270 Montalvânia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
314290 Monte Azul	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
314330 Montes Claros	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	0	6
315120 Pirapora	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2

PESQUISA ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA - MINAS GERAIS - CARACTERIZAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES COM ATENDIMENTO SUS POR MUNICÍPIO E ANO DE INÍCIO DE ATIVIDADE
MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO NORTE DE MINAS
2002

Código do IBGE e Nome do Município	Sem data	2. Século XVIII	3. Século XIX	4. Entre 1901 e 1910	5. Entre 1911 e 1920	6. Entre 1921 e 1930	7. Entre 1931 e 1940	8. Entre 1941 e 1950	9. Entre 1951 e 1960	10. Entre 1961 e 1970	11. Entre 1971 e 1980	12. Entre 1981 e 1990	13. Entre 1991 e 2000	14. Entre 2001 e 2002	Total Global
315220 Porteirinha	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
315560 Rio Pardo de Minas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
315700 Salinas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	3
316110 São Francisco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
316240 São João da Ponte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
316270 São João do Paraíso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
316420 São Romão	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
316800 Taiobeiras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
317052 Urucuia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
317080 Várzea da Palma	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
317090 Varzelândia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Total Global	0	0	1	0	0	0	0	3	3	10	13	5	9	0	44

Fonte: A.M.S. / IBGE / DATASUS 2002

TABELA III – Distribuição das unidades hospitalares da Macrorregião do Norte de Minas por ano – Microrregião e Município

PESQUISA ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA - MINAS GERAIS - CARACTERIZAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS									
ESTABELECIMENTOS C/ ATENDIMENTO SUS POR MUNICÍPIO E MICRORREGIÃO									
MACRORREGIÃO DE SAÚDE: REGIÃO NORTE DE MINAS									
ATENDIMENTO: COM INTERNAÇÃO									
PERÍODO: 2002									
Município /Microrregião de Saúde	Bocaiúva	Curvelo	Grão Mogol	Janaúba	Januária	Montes Claros	Pirapora	Salinas	TOTAL
310730 Bocaiúva	1	0	0	0	0	0	0	0	1
310860 Brasília de Minas	0	0	0	0	0	2	0	0	2
310940 Buritizeiro	0	0	0	0	0	0	1	0	1
311270 Capitão Enéas	0	0	0	0	0	1	0	0	1
311880 Coração de Jesus	0	0	0	0	0	2	0	0	2
312430 Espinosa	0	0	0	2	0	0	0	0	2
312670 Francisco Sá	0	0	0	0	0	1	0	0	1
312780 Grão Mogol	0	0	1	0	0	0	0	0	1
313210 Itacarambi	0	0	0	0	1	0	0	0	1
313505 Jaíba	0	0	0	1	0	0	0	0	1
313510 Janaúba	0	0	0	2	0	0	0	0	2
313520 Januária	0	0	0	0	2	0	0	0	2
313640 Joaquim Felício	0	1	0	0	0	0	0	0	1
313680 Juramento	0	0	0	0	0	1	0	0	1
313930 Manga	0	0	0	0	1	0	0	0	1
314200 Mirabela	0	0	0	0	0	1	0	0	1
314270 Montalvânia	0	0	0	0	1	0	0	0	1
314290 Monte Azul	0	0	0	1	0	0	0	0	1

PESQUISA ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA - MINAS GERAIS - CARACTERIZAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS**ESTABELECIMENTOS C/ ATENDIMENTO SUS POR MUNICÍPIO E MICRORREGIÃO****MACRORREGIÃO DE SAÚDE: REGIÃO NORTE DE MINAS****ATENDIMENTO: COM INTERNAÇÃO****PERÍODO: 2002**

Município /Microrregião de Saúde	Bocaiúva	Curvelo	Grão Mogol	Janaúba	Januária	Montes Claros	Pirapora	Salinas	TOTAL
314330 Montes Claros	0	0	0	0	0	6	0	0	6
315120 Pirapora	0	0	0	0	0	0	2	0	2
315220 Porteirinha	0	0	0	1	0	0	0	0	1
315560 Rio Pardo de Minas	0	0	0	0	0	0	0	1	1
315700 Salinas	0	0	0	0	0	0	0	3	3
316110 São Francisco	0	0	0	0	1	0	0	0	1
316240 São João da Ponte	0	0	0	0	0	1	0	0	1
316270 São João do Paraíso	0	0	0	0	0	0	0	1	1
316420 São Romão	0	0	0	0	0	0	1	0	1
316800 Taiobeiras	0	0	0	0	0	0	0	1	1
317052 Urucuaia	0	0	0	0	1	0	0	0	1
317080 Várzea da Palma	0	0	0	0	0	0	1	0	1
317090 Varzelândia	0	0	0	0	0	1	0	0	1
TOTAL	1	1	1	7	7	16	5	6	44

Fonte: A.M.S. I e II / IBGE / 2002.

QUADRO I – Resumo dos Laudos de Supervisão e Avaliação dos Investimentos do Projeto ReforSUS na Macrorregião do Norte de Minas, segundo Instituições Beneficiárias.

DISTRIBUIÇÃO DOS INVESTIMENTOS DO PROJETO REFORCUS NA MACRORREGIÃO DO NORTE DE MINAS (MONTES CLAROS)

RESUMO DOS INVESTIMENTOS					SÍNTESE DOS LAUDOS DE SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO ELABORADOS PELA EQUIPE DO PROJETO REFORCUS			
Nº	Município População	Nome do Beneficiário	Objetivos	Valor	Alcance dos Objetivos	Supervisão de Obras	Supervisão de Equipamentos	Avaliação de Resultados
1	Bocaiúva 40.314	Hospital Municipal de Bocaiuva	Substituição dos equipamentos do Bloco Cirúrgico e Obstétrico, UTI e Apoio Técnico	201.821,90	Conclusão em 10/2000	Não contemplado	Os equipamentos destinados ao Centro Cirúrgico e a Maternidade estão sem uso e armazenados inadequadamente. 13/01/2002	Embora com problemas em relação ao uso de alguns equipamentos adquiridos, a unidade encontra-se em funcionamento. 24/11/2003
2	Brasília de Minas 28.772	Hospital Municipal de Brasília de Minas	Substituição dos equipamentos do Bloco Cirúrgico, Maternidade, Berçário, Emergência e Serviço de Imagem (Mamógrafo) e outros Serviços de Diagnóstico	916.247,61	Conclusão em 04/2001	Não contemplado	Não realizada	A unidade atingiu os objetivos, está em funcionamento e com indicadores pactuados com metas atingidas 17/07/2003
3	Buritizeiro 23.719	Fundação Municipal de Saúde de Buritizeiro	Substituição dos equipamentos do Bloco Cirúrgico e Obstétrico, Berçário, Laboratório e Serviço de Imagem e Internação	117.640,00	Conclusão em 12/1998	Não contemplado	Muitos dos equipamentos adquiridos foram distribuídos entre os Postos de Saúde do município.	A unidade atingiu os objetivos, está em funcionamento e com indicadores pactuados com metas atingidas 21/01/2003

DISTRIBUIÇÃO DOS INVESTIMENTOS DO PROJETO REFORSUS NA MACRORREGIÃO DO NORTE DE MINAS (MONTES CLAROS)

RESUMO DOS INVESTIMENTOS					SÍNTESE DOS LAUDOS DE SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO ELABORADOS PELA EQUIPE DO PROJETO REFORSUS			
Nº	Município População	Nome do Beneficiário	Objetivos	Valor	Alcance dos Objetivos	Supervisão de Obras	Supervisão de Equipamentos	Avaliação de Resultados
							06/05/2003	
4	Coração de Jesus 26.071	Hospital São Vicente de Paulo	Ampliação, Reforma e Substituição de Equipamentos do Ambulatório	382.032,25	Conclusão em 11/2001	Prazo: 11 meses Custo do m2 da obra R\$ 893,00	Não realizada	A unidade atingiu os objetivos, está em funcionamento e com indicadores pactuados com metas atingidas 04/11/2003
5			Conclusão do Centro de Referência Regional em Oftalmologia	231.341,00	Conclusão em 09/1999	Prazo: 13 meses Custo do m2 da obra R\$ 390,00	Não contemplado	
6	Francisco Sá 23.708	Hospital Municipal Francisco Sá	Conclusão da Obra de construção e aparelhamento do Hospital, envolvendo o Ambulatório, as Internações, a Maternidade e o Bloco Cirúrgico, Emergência e a Unidade de Apoio ao Diagnóstico e Terapia.	502.429,12	Conclusão em 04/2001	Prazo: 24 meses Custo do m2 da obra R\$ 277,00	Não realizada	Não realizada
7	Itacarambi 15.641	Hospital Municipal Gerson Dias	Conclusão da Obra de construção e aparelhamento do	378.029,77	Conclusão em 05/2002	Prazo: 20 meses Custo do m2	Não realizada	Não realizada

DISTRIBUIÇÃO DOS INVESTIMENTOS DO PROJETO REFORSUS NA MACRORREGIÃO DO NORTE DE MINAS (MONTES CLAROS)

RESUMO DOS INVESTIMENTOS					SÍNTESE DOS LAUDOS DE SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO ELABORADOS PELA EQUIPE DO PROJETO REFORSUS			
Nº	Município População	Nome do Beneficiário	Objetivos	Valor	Alcance dos Objetivos	Supervisão de Obras	Supervisão de Equipamentos	Avaliação de Resultados
			Hospital, envolvendo o Ambulatório, as Internações, a Maternidade e o Bloco Cirúrgico, Emergência e a Unidade de Apoio ao Diagnóstico e Terapia			da obra R\$ 203,00		
8	Jaíba 23.271	Unidade Mista de Jaíba – Prefeitura Municipal	Conclusão da Obra de construção da Unidade Mista, envolvendo o Ambulatório, as Internações, a Maternidade e o Bloco Cirúrgico, Emergência e a Unidade de Apoio ao Diagnóstico e Terapia	103.093,35	Conclusão em 07/2000	Prazo:21 meses Custo do m2 da obra R\$ 165,00	Não contemplado	A unidade encontra-se em funcionamento,entretanto sua produção é inferior à produção realizada antes dos investimentos do Projeto. 09/01/2003
9	Januária 63.896	Hospital Municipal de Januária	Substituição dos equipamentos do Bloco Cirúrgico e Obstétrico, Berçário, Laboratório e Serviço de Imagem e Internação	118.020,00	Conclusão em 03/1999	Não contemplado	Não realizada	A unidade encontra-se em funcionamento,entretanto sua produção é inferior à produção realizada antes dos investimentos do Projeto. 22/01/2003

DISTRIBUIÇÃO DOS INVESTIMENTOS DO PROJETO REFORSUS NA MACRORREGIÃO DO NORTE DE MINAS (MONTES CLAROS)

RESUMO DOS INVESTIMENTOS					SÍNTESE DOS LAUDOS DE SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO ELABORADOS PELA EQUIPE DO PROJETO REFORSUS			
Nº	Município População	Nome do Beneficiário	Objetivos	Valor	Alcance dos Objetivos	Supervisão de Obras	Supervisão de Equipamentos	Avaliação de Resultados
10	Lagoa dos Patos 4.517	Unidade de Atendimento Imediato de Baixa e Média Complexidade	Conclusão da Obra de construção da Unidade de Atendimento Imediato de Baixa e Média Complexidade	139.470,00	Conclusão em 11/2001	Prazo:35 meses Custo do m2 da obra R\$ 214,00	Não contemplado	Não realizada
11	Mamonas 6.505	Ambulatório Médico de Mamonas	Conclusão da Obra de construção do Ambulatório Médico	193.191,00	Conclusão em 08/2002	Prazo:31 meses Custo do m2 da obra R\$ 217,00	Não realizada	Não realizada
12	Manga 20.687	Fundação Hospitalar de Amparo ao Homem do Campo	Conclusão da Obra de construção do Hospital de Amparo ao Homem do Campo,envolvendo o Ambulatório, as Internações, Centro Cirúrgico e Obstétrico e os Serviços de Diagnóstico	271.088,96	Conclusão em 04/2003	Prazo:20 meses Custo do m2 da obra R\$ 417,00	Não contemplado	Não realizada
13	Mirabela 10.794	Unidade Mista de Mirabela – Hospital Municipal São Sebastião	Aquisição de Equipamentos para o Centro Cirúrgico e Serviço de Nutrição e Dietética, com vistas à Ativação da unidade	82.353,00	Conclusão em 12/1998	Não contemplado	Não realizada	A unidade atingiu os objetivos, está em funcionamento e com indicadores pactuados com metas atingidas 23/07/2003

DISTRIBUIÇÃO DOS INVESTIMENTOS DO PROJETO REFORSUS NA MACRORREGIÃO DO NORTE DE MINAS (MONTES CLAROS)

RESUMO DOS INVESTIMENTOS					SÍNTESE DOS LAUDOS DE SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO ELABORADOS PELA EQUIPE DO PROJETO REFORSUS			
Nº	Município População	Nome do Beneficiário	Objetivos	Valor	Alcance dos Objetivos	Supervisão de Obras	Supervisão de Equipamentos	Avaliação de Resultados
14	Monte Azul 23.935	Fundação Médica Assistencial Major Domingos de Deu	Substituição dos equipamentos do Bloco Cirúrgico e Obstétrico, Berçário, Laboratório e Serviço de Imagem.	92.000,00	Conclusão em 01/1999	Não contemplado	Não realizada	A unidade atingiu os objetivos, está em funcionamento e com indicadores pactuados com metas atingidas 23/10/2003
15	Montes Claros 271.608	Hospital Universitário Clemente Faria – Unimontes	Aquisição de Equipamentos para a Lavanderia, a UTI Neonatal e o Serviço de Imagem (Mamógrafo)	1.245.915,15	Conclusão em 06/2001	Não contemplado	O Mamógrafo adquirido não está funcionando 11/10/2002	Não realizada
16		Hemocentro Regional de Montes Claros	Substituição dos Equipamentos	625.226,00	Conclusão em 10/2001	Não contemplada	Não realizada	Não realizada
17		Pronto Socorro Municipal Dr. Alpheu Gonçalves de Quadros	Substituição dos equipamentos do Ambulatório, Apoio Técnico e Serviço de Imagem (Mamógrafo)	135.866,00	Conclusão em 05/2000	Não contemplado	Equipamentos adquiridos e em funcionamento 11/10/2002	A unidade atingiu os objetivos, está em funcionamento e com indicadores pactuados com metas atingidas 22/01/2003

DISTRIBUIÇÃO DOS INVESTIMENTOS DO PROJETO REFORSUS NA MACRORREGIÃO DO NORTE DE MINAS (MONTES CLAROS)

RESUMO DOS INVESTIMENTOS					SÍNTESE DOS LAUDOS DE SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO ELABORADOS PELA EQUIPE DO PROJETO REFORSUS			
Nº	Município População	Nome do Beneficiário	Objetivos	Valor	Alcance dos Objetivos	Supervisão de Obras	Supervisão de Equipamentos	Avaliação de Resultados
18		Santa Casa de Misericórdia	Substituição dos Equipamentos de Lavanderia	118.000,00	Conclusão em 08/02/2002	Não contemplado	Não realizada	A unidade atingiu os objetivos, está em funcionamento e com Indicadores pactuados com metas atingidas 22/01/2003
19	Porteirinha 35.475	Santa Casa de Misericórdia e Hospital São Vicente	Substituição dos equipamentos do Bloco Cirúrgico e Obstétrico, Berçário, Emergência, Laboratório e Serviço de Imagem.	113.900,00	Conclusão em 02/1999	Não contemplado	Não realizada	A unidade atingiu os objetivos, está em funcionamento e com indicadores pactuados com metas atingidas 21/07/2003
20	Rio Pardo de Minas 25.897	Hospital Municipal de Rio Pardo de Minas	Substituição dos equipamentos do Bloco Cirúrgico e Obstétrico, Berçário, Emergência, Laboratório e Serviço de Imagem.	212.408,00	Conclusão em 04/1999	Não contemplado	Equipamentos encaixotados. Hospital sem funcionamento, abrigando a Sede da Secretaria Municipal de Saúde. Atendimento é feito no Hospital Filantrópico. 12/08/2003	A Unidade não está funcionando 23/01/2004
21	Salinas 34.561	Hospital Municipal de Salinas	Substituição dos equipamentos do Bloco Cirúrgico e Obstétrico,	417.402,91	Conclusão em 04/2002	Não contemplado	Equipamentos adquiridos e em funcionamento	A Unidade não está funcionando 23/01/2004

DISTRIBUIÇÃO DOS INVESTIMENTOS DO PROJETO REFORBUS NA MACRORREGIÃO DO NORTE DE MINAS (MONTES CLAROS)

RESUMO DOS INVESTIMENTOS					SÍNTESE DOS LAUDOS DE SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO ELABORADOS PELA EQUIPE DO PROJETO REFORBUS			
Nº	Município População	Nome do Beneficiário	Objetivos	Valor	Alcance dos Objetivos	Supervisão de Obras	Supervisão de Equipamentos	Avaliação de Resultados
			Berçário, Emergência, Laboratório e Serviço de Imagem.				11/03/2004	
22	São Francisco 50.432	Unidade Mista Dr. Bricio de Castro Dourado	Ampliação e Aparelhamento da Unidade.	254.486,7 2	Conclusão em 04/2001	Prazo:26 meses Custo do m2 da obra R\$ 426,00	Não realizada	A Unidade não está funcionando 24/01/2003
23	Urucuaia 7.222	Hospital Municipal de Urucuaia	Ampliação, Reforma e Aparelhamento da Unidade.	323.892,7 9	Conclusão em 09/2001	Prazo:26 meses Custo do m2 da obra R\$ 43,00	Não realizada	Não realizada

Fonte: Sistema de Informação do Projeto ReforSUS. Julho de 2004.