

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO
MBA em Gestão de Planos de Saúde

Simone Cazarini Arantes

**PARCERIA ENTRE AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E A
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO: Estudo
Comparativo da Produtividade Médica Pediátrica**

São Paulo
2010

Simone Cazarini Arantes

**PARCERIA ENTRE AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E A
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO: Estudo
Comparativo da Produtividade Médica Pediátrica**

Monografia apresentada ao Curso de MBA em
Gestão de Planos de Saúde do Centro Universitário
São Camilo, orientado pela prof^a. Rafaela Okano
Gimenes, como requisito para a obtenção do título
de Especialista em Gestão de Saúde

São Paulo

2010

Arantes, Simone Cazarini.

Parceria entre as organizações sociais de saúde e a secretaria municipal de saúde de São Paulo: estudo comparativo da produtividade médica pediátrica. / Simone Cazarini Arantes. – São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2010.

44 p.

Orientação de Rafaela Okano Gimenes

Monografia apresentada ao Curso de MBA em Gestão de Planos de Saúde do Centro Universitário São Camilo.

1. Organização Social de Saúde. 2. Atendimento Hospitalar. 3. Políticas de Saúde. 4. Assistência Médica. 5. Gestão Pública.
I. Rafaela Okano Gimenes. II. Centro Universitário São Camilo.
III. Título.

Simone Cazarini Arantes

**PARCERIA ENTRE AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E A
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO: Estudo
Comparativo da Produtividade Médica Pediátrica**

São Paulo, ____, _____, de 2010.

Prof^a. Rafaela Okano Gimenes

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Henrique Oti Shinomata, superintendente médico da UNIMED SEGUROS, que me incentivou na realização do MBA.

Aos Doutores Boris Serson e Lázaro Bernstein, meus amigos e incentivadores.

Ao meu esposo Cícero Harada que com diuturnidade me apoiou para a conclusão do MBA.

À minha mãe Wilma Cazarini Arantes que supriu minha ausência nos compromissos familiares devido aos estudos

À UNIMED SEGUROS, pela política de aprimoramento constante de seus colaboradores.

À Autarquia Hospitalar Municipal do Município de São Paulo, a qual forneceu dados necessários para a realização deste trabalho.

“O insucesso é apenas uma oportunidade para recomeçar de novo com mais inteligência”.

(Henry Ford)

RESUMO

ARANTES, Simone Cazarini. **Parceria entre as Organizações Sociais de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo: Estudo Comparativo da Produtividade Médica Pediátrica**. 2010. 57f. Monografia (Curso de MBA em Gestão de Planos de Saúde). Centro Universitário São Camilo. São Paulo. 2010.

Trata-se de um estudo sobre a questão da inovação no gerenciamento e condução de atendimento hospitalar em saúde pública. Observa-se o comportamento e evolução das políticas de saúde através da introdução de métodos de administração de empresas privadas no serviço público, com o intuito de trazer melhorias significativas e eficiência à camada mais carente da população brasileira. Por meio de dados estatísticos, publicações e artigos que relatam o comportamento de algumas instituições municipais e estaduais, faz-se um relato do grau de satisfação popular e dos números obtidos de informes endereçados ao órgão responsável pela análise do atendimento. Busca-se explicações na história do sistema de atendimento médico brasileiro, abordando todas as formas de tratamento e as políticas que influenciaram ativamente a condução da saúde pelos órgãos públicos, procurando informações segundo dados do Banco Mundial ou mesmo da secretaria de saúde. Indica-se a introdução de gerência através das chamadas Organizações Sociais de Saúde, cuja implantação visa trazer um maior cuidado e rapidez em relação ao atendimento à população carente.

Palavra-chave: organização social de saúde, atendimento hospitalar, políticas de saúde, assistência médica, gestão pública.

ABSTRACT

ARANTES, Simone Cazarini. **Partnership between the Social Organizations of Health and the Municipal Health Secretariat of São Paulo: a comparative study of medical pediatric productivity**. 2010. 57 fs. Monography (MBA course in Management of Health Plans). São Camilo College Center. São Paulo. 2010.

This is a study on the issue of innovation in the management and conduct of hospital care in public health. Observe the behavior and development of health policies through the introduction of management methods of private companies in public service, in order to bring significant improvements and efficiencies to the layer of the needy population. Through statistics, publications and articles that describe the behavior of some county and state, it is an account of the degree of satisfaction and popular figures obtained through reports addressed to the body system, addressing all forms of treatment and policies that actively influenced the conduct of public health bodies, looking for information according to the World Bank or the secretary of public health. Indicates the introduction of management through so-called Social Organizations of Health, whose deployment is intended to bring more care and speed in relation to meeting the poor.

Keyword: social organization of health care, hospital care, health policy, health care, public administration.

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVO.....	10
3. REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1. História da saúde no Brasil.....	11
3.1.1. De 1500 até início do primeiro reinado.....	11
3.1.2. Período de 1889 até 1930	11
3.1.3. A crise dos anos 30	13
3.1.4. A previdência social no Estado novo.....	13
3.1.5. A saúde pública de 1930 até 1960	14
3.1.6. Lei orgânica da previdência social e processo de unificação do IAPs.	14
3.1.7. O movimento de 64 e as ações do regime militar	15
3.1.8. Ações de saúde pública no regime militar	16
3.1.9. A crise de 1975	17
3.1.10. O fim do regime militar	19
3.1.11. O nascimento do SUS.....	21
3.1.12. Os governos neoliberais – à partir de 1992.....	23
3.1.13. Da criação das organizações sociais de saúde.....	29
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	31
5. RESULTADOS	32
6. DISCUSSÃO	35
7. CONCLUSÃO.....	38
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39

1. INTRODUÇÃO

Os pacientes do atendimento de saúde brasileiro, nas situações mais sensíveis da vida, encontram filas intermináveis, falta de leitos, falta de medicação e de aparelhagem em bom funcionamento, denúncias de abuso no sistema privado e de seguros de saúde, atraso no repasse de verbas do Sistema Único de Saúde, e outros intermináveis problemas.(OLIVEIRA, 2008)

Mas deve-se sempre questionar a real causa destes problemas.

É interessante saber desde quando a saúde brasileira de comporta de maneira tão precária.

A sociedade necessita de outro sistema que ofereça uma solução digna para atender estes pacientes.

Historicamente, pode-se dizer que desde o descobrimento e colonização, os cidadãos deste país foram obrigados a recorrer à utilização da chamada medicina alternativa, como uso de ervas nativas e curandeirismo, até que se tornasse necessária a implantação de um sistema de atendimento de saúde no momento da chegada da Corte de Portugal (POLIGNANO).

Século após século, os tratamentos seguiram de maneira precária, favorecendo um pouco mais as populações de regiões mais centralizadas como as capitais da Bahia, São Paulo e Rio de Janeiro, mesmo assim com inúmeras falhas e ineficiência (POLIGNANO, 2001-3).

A saúde pública passou a ser uma prioridade política do governo brasileiro na década de 1920. A criação de um programa federal de profilaxia rural, apoiado pela Fundação Rockefeller, instalou dezenas de postos sanitários em áreas não urbanas do país. A agenda do saneamento rural inscrevia-se em um projeto político de construção da nacionalidade e do Estado nacional liderado por eminentes sanitaristas da época, que rechaçava a ideologia do determinismo climático e genético como explicação para o subdesenvolvimento brasileiro (CASTRO SANTOS, 2004; LIMA e HOCHMAN, 1996).

A legislação estadual regulamentou a parceria com entidades filantrópicas, que passaram a ser qualificadas como Organizações Sociais de Saúde e que, em decorrência dessa qualificação, adquiriram o direito de firmar Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde, visando o gerenciamento de hospitais e

equipamentos públicos de saúde. Este modelo de gestão introduziu novos conceitos de relacionamento com o setor filantrópico, que se mostraram eficientes (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2000).

A introdução de administração gerencial no setor público tem sido a opção de vários países para realizar uma mudança considerada “estrutural”, buscando adaptar-se a novos padrões de trabalho e visando competir no mercado livre (MELO e TANAKA, 2006)

A administração gerencial tem sido também assumida pelo governo brasileiro como a chave para o sucesso da administração pública, por permitir o funcionamento de serviços públicos de qualidade (BRASIL, 1995).

Para entendermos o motivo da implantação das OSS, é preciso compreender o que de fato aconteceu à saúde pública desde o início da colonização do país.

2. OBJETIVO

Analisar a parceria entre as Organizações Sociais de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, por meio da realização de um estudo comparativo do atendimento médico básico e emergencial relacionado à população pediátrica atendida.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. História da Saúde no Brasil

3.1.1. De 1500 até o início do Primeiro Reinado

O Brasil foi colonizado por aventureiros e renegados, fato que não motivou o governo português a investir na saúde do povo, através do planejamento e prestação de serviços a estes cidadãos. Sendo assim, as maneiras pelas quais a população tratava suas enfermidades eram através do curandeirismo e das ervas da própria terra (POLIGNANO, 2001-3).

A chegada da Família Real iniciou o processo de mudança ao atendimento público, já que no país não existia nenhum sistema prestado.

Por volta de 1850, a saúde pública era atribuída às juntas municipais e ao controle dos navios e da saúde nos portos. Este sistema era centralizador e se concentrava somente junto aos maiores pólos populacionais, mostrando uma grande carência de profissionais, principalmente pela falta de escolas de formação de médicos. Os boticários eram na época quem atendiam a população e desenvolviam sua profissão através de um simples acompanhamento do trabalho realizados nas boticas e participando de um teste de aptidão, já podendo abrir seu próprio estabelecimento.

D. João VI, quando chegou ao Brasil, fundou duas instituições médico-militares a fim de formar os primeiros médicos do país.

3.1.2. Período de 1889 até 1930

A proclamação da República mudou a organização jurídico-política do país, que foi capaz de apenas melhorar a representação da burguesia. O coronelismo ainda caracterizava o domínio dos capitalistas senhores agrários. A eleição presidencial com períodos de quatro anos causou conflitos no próprio sistema político. Com isso, nenhuma liderança conseguiu estabelecer regras que ultrapassassem os interesses dos “senhores” de cada região.

A desorganização deixava o país sujeito a epidemias, com registros de doenças graves como varíola, malária, febre amarela e também a peste, trazendo

problemas não só para a população, como para o comércio exterior, uma vez que os navios ficavam impedidos de aproximar-se do porto.

Grandes nomes destacaram-se neste período.

Oswaldo Cruz, que erradicou a febre amarela, recrutando cerca de 1500 pessoas para combater o mosquito vetor, inclusive com o uso da força, e criou vários órgãos ligados ao controle de infecções no país. Foram adotados o registro demográfico, que identificava a composição e os fatos importantes na vida da população, o uso de laboratório no auxílio ao diagnóstico de enfermidades e a fabricação organizada de medicamentos profiláticos para uso em massa.

O ciclo urbano foi oficialmente erradicado das Américas com o último caso de febre amarela urbana registrado no Brasil em 1942, no estado do Acre (TONIOLO, 2008).

A erradicação da febre amarela urbana deveu-se aos esforços iniciados em 1903 com Emílio Ribas e 1904 com Oswaldo Cruz para erradicação do Aedes aegypti. Após 1920 com a assistência técnica e o suporte financeiro da Fundação Rockefeller, a campanha ganhou impulso nacional e culminou com a erradicação do mosquito no país (TONIOLO, 2008).

Carlos Chagas, que reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, introduzindo o sistema de fiscalização e policiamento.

Também houve expansão dos sistemas de saúde com a criação de Escola de Enfermagem Anna Nery, no Rio de Janeiro.

Logo após este período, as endemias tornaram-se os principais focos a serem combatidos, incluindo-se doenças como esquistossomose e a doença de Chagas.

A industrialização trouxe grandes transformações para o eixo Rio - São Paulo, com desenvolvimento na área urbana, havendo imigração de europeus, que tinham conhecimento dos direitos dos trabalhadores. Com isso, tornou-se necessário a melhora das condições de trabalho.

Somente os trabalhadores rurais não obtiveram benefícios com as duas greves realizadas em 1917 e 1919, com a instituição da Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP), organizada pelas empresas. Tais benefícios só foram conquistados com pelo Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (FUNRURAL), nos anos 60.

As CAPs melhores organizadas obtinham os benefícios com maior facilidade. Suas diretorias eram compostas por três representantes da empresa, sendo um presidente da comissão, e de dois empregados, eleitos por período de três anos (POSSAS, 1981).

3.1.3. A crise dos anos 30

Durante a crise que paralisou o setor agrário-exportador, ocorreram mudanças profundas no centro do poder do Brasil, junto com o enfraquecimento das oligarquias.

A revolução trabalhista veio com Getúlio Vargas, por ser um presidente gaúcho (fora do eixo São Paulo – Minas Gerais). Houve expansão do sistema econômico, foram criados os Ministérios do Trabalho, da Indústria e Comércio e da Educação e Saúde, e também juntas de arbitramento trabalhista (POLIGNANO, 2001-3)

A nova constituição de 1934 trouxe grandes mudanças à política social de massas, através de um controle no processo de expansão do capitalismo no campo, sem prejudicar a propriedade rural em sua estrutura. Mas em 1937, a promulgação da nova constituição acentuou o centralismo e autoridade presidencial, iniciando-se assim a ditadura getulista.

A evolução industrial, econômica e financeira de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte resultou em grande migração de habitantes das regiões Norte e Nordeste, formando-se as favelas, onde eram precárias as condições de higiene e saúde.

3.1.4. A previdência social no Estado novo

Por necessidade dos trabalhadores já organizados em categorias fortes foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões, com vários benefícios assegurados, dentre os quais, aposentadoria, pensão por morte, assistência médica e hospitalar, socorros farmacêuticos. Estes benefícios eram assegurados por meio de uma captação de poupança forçada (NICZ, 1982).

O desenvolvimento populacional nos anos 50 forçou a implantação de um sistema mais eficiente de assistência médica, com um complexo médico hospitalar e contratação de serviços de terceiros.

3.1.5. A saúde pública de 1930 a 1960

Foram poucos os investimentos na saúde pública brasileira. Dentre eles podemos destacar:

- a) Criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (1930), sendo distribuído para o Ministério da Agricultura a fiscalização de produtos animais (1934), e para o Ministério do Trabalho, a higiene e a segurança do trabalho;
- b) Reforma Barros Barreto (1941), observando-se as seguintes alterações:
- c) Instituição de órgãos normativos e supletivos para orientar a assistência sanitária e hospitalar;
- d) Criação de órgãos executivos de ação direta contra as endemias mais importantes, como malária, febre amarela, etc;
- e) Fortalecimento do Instituto Oswaldo Cruz e descentralização de atividades normativas e executivas por oito regiões sanitárias;
- f) Melhora nos programas de abastecimento de água e construção de esgotos;
- g) Foco nos problemas de doenças degenerativas e mentais com a criação do Instituto Nacional do Câncer (INCA).

Porém, a diminuição de recursos financeiros e dispersão dos recursos que restaram, conflitos jurídicos e gestacionais, impediram a prática das normas, fazendo com que o trabalhador não sentisse grande efeito em sua assistência.

O Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU) responsabilizou-se pelos antigos serviços nacionais de combate à febre amarela, malária e peste.

3.1.6. Lei orgânica da previdência social e o processo de unificação dos IAPs.

Esta unificação deu-se contra a vontade dos trabalhadores, pois estes perderiam muitos direitos conquistados e seriam extintos os feudos políticos e eleitorais. E uma vez mais ficaram de fora os trabalhadores rurais e domésticos, os

servidores públicos e de autarquias e os inscritos em regimes próprios de previdência. O Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) garantiu esta lei três anos mais tarde, com a contribuição tríplice do empregador, empregado e da União, porém esta última não cumpriu o acordo.

Uma intervenção generalizada nos IAPs em 1964 causou a substituição dos conselhos administrativos por juntas interventoras.

3.1.7. O movimento de 64 e as ações do regime militar

João Goulart não possuía apoio da burguesia para fortalecer as estatais e empresas de economia mista. Esta situação aumentava o temor do capitalismo ser substituído pelo socialismo e comunismo, era a guerra fria.

Veio o golpe pelas Forças Armadas com apoio dos EUA, fortalecendo o executivo com o capital estrangeiro e enfraquecendo o legislativo (TOLEDO, 2004). A população viu-se reprimida e subtraída de seus direitos civis. O governo, para obter apoio desta população, procurou garantir os benefícios aos trabalhadores urbanos e seus dependentes pela previdência social, com a implantação em 1967 do Instituto Nacional de Previdência Social, o INPS, da fusão da Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social (SAMDU) e os seis Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), o que permitiu a unificação dos benefícios.

O aumento da base de contribuição, o crescimento econômico dos anos 70 e o pequeno número de aposentadorias elevaram os recursos financeiros do sistema. A assistência médica foi incluída neste sistema, mas a estrutura médica era insuficiente para absorver a população, forçando o estabelecimento de convênios e contrato, pagando-se Pró-labore, aumentando o consumo de medicamentos e equipamentos hospitalares, surgindo um complexo sistema médico-industrial.

Isso fez com que fosse criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978.

Anteriormente a este período, a saída da previdência do Ministério do Trabalho, foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), causando a remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada, com empréstimos a juros subsidiados, com elevação do número de leitos. No entanto, os trabalhadores rurais só obtiveram o benefício em 1971 e os domésticos e autônomos em 1972.

3.1.8. Ações de saúde pública no regime militar

No campo da organização da saúde pública no Brasil foram desenvolvidas as seguintes ações no período militar:

a) Promulgação do Decreto Lei 200 (1967), estabelecendo as competências do Ministério da Saúde: formulação e coordenação da política nacional de saúde; responsabilidade pelas atividades médicas ambulatoriais e ações preventivas em geral; controle de drogas e medicamentos e alimentos; pesquisa médico-sanitário (<http://www.planalto.gov.br/ccivil/Decreto-Lei/Del0200.htm#ar39mtb>);

b) Em 1970 criou-se a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM) com a atribuição de executar as atividades de erradicação e controle de endemias, sucedendo o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU) e a campanha da erradicação da malária. Depois, a SUCAM foi incorporada pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

Decreto-Lei nº 66623 – de 22/05/1970, criou a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, a SUCAM, resultado da fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais, da Campanha de Erradicação da Varíola e da Campanha de Erradicação da Malária. Coube à SUCAM as atividades de execução direta de ações de erradicação e controle de endemias nas áreas apresentando transmissão atual ou potencial; o mesmo decreto criou também a Divisão Nacional de Educação Sanitária, a Divisão Nacional de Engenharia Sanitária, a Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde e a Divisão Nacional de Organização Sanitária. (Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde). (<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/exposicoes/linhatempo/70.htm>)

O Sistema Nacional de Saúde foi instituído em 1975, estabelecendo de forma sistemática o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. O documento reconhece e oficializa a dicotomia da questão da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde.

Porém com poucos recursos que o governo federal liberou para o Ministério da Saúde, não foi possível desenvolver as ações propostas, instituindo-se assim a prática da medicina curativa, mais cara, mas com recursos garantidos pela

contribuição dos trabalhadores via INPS. O Ministério da Saúde assumiu uma postura burocrata-normativa.

Em 1976, foi iniciado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que se configurou como o primeiro programa de medicina simplificada a nível federal, permitindo a entrada de técnicos provenientes do movimento sanitário no interior do aparelho do estado. Houve extensão do programa em todo país, levando a uma grande expansão da rede ambulatorial pública.

3.1.9. A Crise de 1975

A crise do capitalismo internacional ao lado da diminuição do fluxo de capital estrangeiro no país diminuiu o ritmo de crescimento econômico, que se tornou insustentável.

Os baixos salários, o desemprego e suas graves consequências sociais, como o aumento de marginalidade, das favelas, da mortalidade infantil passaram a fazer parte do cotidiano da população. O modelo previdenciário começa a mostrar as suas mazelas:

- a) A priorização da medicina preventiva fez com que houvesse incapacidade de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como endemias, epidemias e os indicadores de saúde;
- b) Foram praticados aumentos constantes dos custos de medicina preventiva, centrada na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente;
- c) Baixo crescimento econômico refletido na arrecadação do sistema previdenciário reduzindo as suas receitas;
- d) Incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de marginalizados, sem carteira assinada e sem contribuir para a previdência privada;
- e) Desvios na verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal;
- f) Falta de repasse dos recursos do Tesouro Nacional para o sistema previdenciário, mesmo sendo este tripartite: empregado, empregador e União.

Anos	% de assistência médica sobre a receita de contribuições	% de assistência médica sobre as despesas totais
1947	3,6	6,5
1959	18,9	13,6
1960	18,6	14,5
1961	16,0	13,2
1962	17,0	13,8
1963	19,7	15,2
1964	21,9	17,3
1965	26,0	19,1
1967	30,3	24,5
1968	27,1	18,2
1969	34,2	23,7
1970	36,9	24,4
1971	34,5	23,9
1972	32,0	24,0

Quadro 1. Evolução dos valores do desconto de assistência médica sobre a receita de contribuições e as despesas totais pelo INPS, no período de 1947 a 1972.

Fonte: INPS apud. Oliveira & Teixeira, 1989.

O modelo acima proposto entrou em crise devido à falta de recursos para a manutenção, aumento dos custos operacionais, e ao descrédito social em resolver a agenda de saúde.

Tentando conter os custos e combater as fraudes, o governo criou em 1981 o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) ligado ao INAMPS (DECRETO nº 86329).

O CONASP responsabilizou-se pelo setor sanitário, rompendo a burocracia previdenciária, através de fiscalização mais rigorosa na prestação de serviços credenciados, combatendo as fraudes. Observou-se um aumento da produtividade do sistema, melhoria da qualidade de atenção, equalização dos serviços prestados as populações urbanas e rurais, eliminação da capacidade ociosa do setor público, da hierarquização, da criação do domicílio sanitário, da montagem de uma auditoria médico-assistencial e revisão dos mecanismos de financiamento do FAS.

A Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e de medicina de grupo, contrariamente a este projeto, conseguiu que os parlamentares derrotassem o governo quando da votação da implantação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), apesar de ser um interessante projeto sanitário. Isso não impediu que o CONASP implantasse e apoiasse projetos pilotos de novos modelos assistenciais, destacando-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) no nordeste.

Com a crise financeira, ressurgiu a necessidade de investimento no setor público de saúde, pois este trabalhava com custo menor e dava assistência a uma grande parte da população carente. Foram criadas em 1983 as Ações Integradas de Saúde (AIS), um projeto interministerial chamado de Previdência – Saúde – Educação, com um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativo-preventivas e educativas ao mesmo tempo. A Previdência passa a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários.

Este período coincidiu com o movimento de transição democrática, com eleição direta para governadores e vitória esmagadora da oposição em quase todos os estados nas primeiras eleições democráticas deste período.

3.1.10. O Fim do Regime Militar

O movimento das Diretas Já (1985) e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais, inclusive na área de saúde. Tais manifestações culminaram com a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS) ou municipais (Conselhos Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS) e com grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (Congresso Nacional, 1986), a qual lançou as bases da reforma sanitária e do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS).

Estes fatos ocorreram concomitantemente com a eleição da Assembléia Nacional Constituinte em 1986 e a promulgação da nova Constituição em 1988.

Mas mostra-se necessário entender como o modelo médico neoliberal procurou articular-se neste momento da crise.

O setor médico privado que se beneficiou do modelo médico–privativista durante quinze anos a partir de 1964, tendo recebido neste período vultosos recursos do setor público e financiamentos subsidiados, cresceu, desenvolveu e “engordou”.

A partir do momento em que o setor público entrou em crise, o setor liberal começou a perceber que não mais poderia se manter e se nutrir daquele e passou a formular novas alternativas para sua estruturação.

Direcionou o seu modelo de atenção médica para parcelas da população, classe média e categorias de assalariados, procurando através da poupança desses setores sociais organizar uma nova base estrutural.

Deste modo foi concebido um subsistema de atenção médico-supletiva composta de cinco modalidades assistenciais: medicina de grupo, cooperativas médicas, auto-gestão, seguro-saúde e plano de administração.

Com pequenas diferenças entre si, estas modalidades baseavam-se em contribuições mensais dos beneficiários (poupança) em contrapartida pela prestação de determinados serviços. Estes serviços e benefícios eram pré-determinados, com prazos de carências, além de determinadas exclusões, por exemplo, a não cobertura do tratamento de doenças infecciosas.

O subsistema de atenção médico-supletiva cresce vertiginosamente na década de 80, de tal modo que no ano de 1989 chega a cobrir 31.140.000 brasileiros, correspondentes a 22% da população total, e apresentando um volume de faturamento de US\$24.235.000.000,00 (Mendes, 1992).

Este sistema baseia-se num universalismo excludente, beneficiando e fornecendo atenção médica somente para aquela parcela da população que tem condições financeiras de arcar com o sistema, não beneficiando a população como um todo e sem a preocupação de investir em saúde preventiva e na mudança de indicadores de saúde.

Enquanto isto, ao subsistema público compete atender a grande maioria da população em torno de 120.000.000 de brasileiros (1990), com os minguados recursos dos governos federal, estadual e municipal.

Em 1990, o Governo edita as Leis 8.080 e 8.142, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, regulamentando o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição de 1988.

3.1.11. O Nascimento do SUS

Na constituinte de 1988, o SUS é definido pelo artigo 198 (Assembléia Nacional Constituinte, 1988):

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes”:

- a) Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- b) Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- c) Participação da comunidade.

“Parágrafo único – O sistema único de saúde será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Segundo o texto acima, tudo foi formulado para que a população fosse beneficiada, tentando-se assim resgatar o compromisso do Estado com a saúde dos cidadãos brasileiros, que, recém-saídos de um regime ditatorial e com o movimento das Diretas Já, clamavam por uma nova constituição com todos os seus direitos assegurados.

Sua regulamentação somente veio em 19 de setembro de 1990 pela Lei 8.080, que define o modelo operacional do sistema.

Nele, a saúde é tratada de maneira mais abrangente:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (COLLOR, 1990, p. s.p.).

O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar.

São os princípios doutrinários do SUS:

- a) Universalidade: o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;

b) Equidade: é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida;

c) Integralidade: significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades.

Dos princípios acima, são extraídos os princípios organizativos:

a) Hierarquização: entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra-referência;

b) Participação popular: a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde:

c) Descentralização Político-Administrativa consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS.

Os objetivos e as atribuições do SUS foram assim definidos:

a) identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

b) formular as políticas de saúde;

c) fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais preventivas;

d) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica;

e) executar ações visando a saúde do trabalhador;

f) participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

g) participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde;

h) realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar;

i) participar das ações direcionadas ao meio ambiente;

j) formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

k) controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

- l) fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- m) participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- n) incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área de saúde;
- o) formulação e execução da política de sangue e de seus derivados (COLLOR,1990).

A implantação do SUS não é homogênea em todo país, pois isto sempre demanda de grandes recursos financeiros, de pessoal qualificado e de políticas federal, estadual e municipal efetivas. Porém, de acordo com a lei 8.080, os recursos deveriam ser provenientes do Orçamento da Seguridade Social. Outro artigo da mesma lei determina a maneira do repasse dos recursos financeiros para os estados e municípios de acordo com o perfil demográfico, perfil epidemiológico, rede de serviços instalada, desempenho técnico, ressarcimento de serviços prestados. Este mesmo artigo foi bem modificado com a edição das Normas Operacionais Básicas (NOB).

Devido à instabilidade institucional e a desarticulação organizacional no setor de decisão federal, o SUS sofreu com fatores como escassez de financiamento, Os ministros da saúde transformaram-se em reféns das indefinições e rompimentos que jogaram à deriva as instituições de saúde do país.

Porém, apesar de todas as adversidades, o SUS mostrou grande melhora no setor de atenção primária na área pública. Já o setor privado, que abriga a maioria dos serviços mais complexos, enfrenta graves problemas. A baixa remuneração desestimula a participação mais efetiva do setor privado, não permitindo, assim, a hierarquização dos serviços.

3.1.12. Os governos neoliberais – A partir de 1992

Pela Constituição de 1988, todos têm o direito da garantia da saúde e o Estado o dever de preservá-la.

Durante o governo Fernando Collor, introduziu-se uma política neoliberal-privatizante, com a meta de reduzir o estado ao mínimo necessário, com limitações

de gastos públicos atreladas a privatização das empresas estatais. Porém, esta prática atingiu a todos os setores sem exceção.

Inicia-se a edição das NOB, com o objetivo de regular as transferências de recursos financeiros da União para os estados e municípios, o planejamento das ações de saúde, mecanismos de controle social e outras ações.

A NOB 01/91 definia o repasse direto e automático de recursos, sendo 50% por critérios populacionais e 50% por perfis epidemiológico e demográfico, capacidade instalada e a complexidade da rede de serviços de saúde, etc. Com isso, ocorreu uma mudança significativa na organização do SUS, havendo a partir daí pagamento por produção de serviços como o pagamento aos setores privados, o que vigora até o momento atual, modelo onde a qualidade e os resultados alcançados ficam em segundo plano (AKEL, 1991).

A NOB 01/93 é a primeira a definir o gerenciamento do processo de descentralização nos três níveis de governo, através da Comissão Intergestores Tripartite, das Comissões Intergestores Bipartites e dos Conselhos Municipais, bem como as condições de gestão para municípios (Incipiente, Parcial e Semi-Plena) e estados (Parcial e Semi-Plena), que buscam exatamente contemplar os diferentes estágios em que se encontram estados e municípios, em relação à descentralização (SCATENA E TANAKA, 2001).

A NOB 01/93 criou maneiras de diferenciação em relação à gestão, a fim de estabelecer critérios para habilitação dos municípios e também para diferenciar as formas de repasse dos recursos financeiros. Com a atuação do SUS e o comando centralizado no Ministério da Saúde, o INAMPS foi extinto. Neste mesmo ano, Fernando Collor sofreu impeachment, devido a escândalos de corrupção, ineficiência no combate à inflação, falta de apoio parlamentar, assumindo assim o seu vice Itamar Franco.

Em 1994, Antonio Britto, Ministro da Previdência determinou que os recursos obtidos da folha salarial de empregados e empregadores seria destinado somente à Previdência, alegando a incapacidade de repassar para a saúde, descumprindo três leis federais, agravando assim a situação do setor (POLIGNANO, 2001-3).

Mesmo com Fernando Henrique Cardoso no poder, o modelo neoliberal continuou, agravando-se ainda mais a crise da saúde, assumindo o ministério responsável a incapacidade de remuneração dos prestadores médicos, enfatizando a prática de cobranças extras dos pacientes. Instituiu-se como alternativa a

cobrança da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), imposto que passou a vigorar em 1997, com vigência de um ano e com recursos aplicados somente na área de saúde, situação que não aconteceu devidamente. Porém, os valores arrecadados através deste imposto foram deduzidos pelo próprio governo do orçamento da União, o que tornou o recurso inaplicável, e causou o pedido de demissão do ministro Adib Jatene no final de 1996 (CARDOSO, 1996).

Além disso, foram muitas as denúncias de desvios na utilização dos recursos arrecadados para cobrir outros déficits do próprio governo.

A reforma previdenciária, administrativa e tributária ficou agendada para 1997, após a privatização da Companhia Vale do Rio Doce. Neste período a crise piorou o atendimento hospitalar, houve aumento de escassez de leito, muitos hospitais filantrópicos como Santa Casa de Misericórdia acabaram criando planos de saúde próprios, diminuindo assim o número de leitos dos SUS. Já os Hospitais Universitários foram forçados a reduzir o número de atendimentos, afetando inclusive o aprendizado nas faculdades de medicina, Tudo isso causado pelo valor inferior pago pelos serviços prestados pelos hospitais conveniados ao SUS e a demora na liberação dos recursos. Estes hospitais foram forçados a buscar a privatização para solucionar a crise. Alguns chegaram a reduzir o quadro de funcionários à metade, enquanto tentavam administrar dívidas de altíssimos valores.

Um exemplo de tal situação foi o Hospital das Clínicas da UFMG, com o seguinte quadro:

- a) R\$ 9 milhões de débitos com os fornecedores;
- b) déficit de 487 funcionários;
- c) várias enfermarias fechadas, com utilização de 150 leitos dos 432 disponíveis.

Foi assim suspenso o curso de medicina devido à inviabilidade do processo de aprendizagem em junho de 1997. Como solução, o hospital buscou estabelecer convênios com planos privados e com a prefeitura de Belo Horizonte.

Através da NOB-SUS 01/96, há revogação dos modelos anteriores de gestão e propõe dois novos modelos: Gestão Plena de Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Estes modelos propõem a transferência para os municípios de determinadas responsabilidades de gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997):

GPAB	GPSM
Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial e especializada e hospitalar.	Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial e especializada e hospitalar.
Gerência de unidades ambulatoriais próprias	Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência
Gerência das unidades ambulatoriais do estado e/ou da União	Gerência das unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e/ou da União
Introduzir a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS	Introduzir a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS
Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB para todos os casos de referência interna ou externa ao município	Prestação dos serviços ambulatoriais e hospitalares para todos os casos de referência interna ou externa ao município.
	Normalização e operação de centrais de procedimentos ambulatoriais e hospitalares
Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB	Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares
Operação do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional	Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional
Autoriza AIH e Proced. Ambulatoriais Especializados	Autoriza, fiscaliza e controla as AIH e Proced. Ambulatoriais Especializados e de alto custo
Execução de ações de vigilância sanitária e de epidemiologia	Execução de ações de vigilância sanitária e de epidemiologia

Quadro 2. sobre a transferência para os municípios de determinadas responsabilidades de gestão.
Fonte: NOB/96

A NOB/96 reformula e aperfeiçoa a gestão do SUS, redefinindo:

- a) a função de cada setor governamental, principalmente na direção única;
- b) condições gerenciais para que cada município ou estado assuma suas funções de gestores do SUS;
- c) mecanismos de fluxos de financiamento reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;

d) estimular o acompanhamento, controle e avaliação no SUS, a fim de valorizar os resultados obtidos de programas baseados em perfis epidemiológicos e aumento da qualidade;

e) estimular a união dos serviços com usuários e familiares, aumentando a participação da comunidade e incrementando o controle social.

O repasse dos recursos passou a ser feito com base no valor fixo per capita e não mais vinculado à produção de serviços, havendo maior desenvolvimento de novos modelos de atenção à saúde da população.

O Piso Assistencial Básico (PAB) define-se pelo valor em recursos destinado ao custeio de procedimentos e ações da assistência básica, sob a responsabilidade do município. Ele é calculado através do valor per capita nacional multiplicado pela população de cada município de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que é transferido automaticamente para o fundo de saúde ou conta especial para este fim de cada município. Há a possibilidade do município também receber incentivos para desenvolver ações de saúde, como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa de Saúde da Família (PSF), assistência farmacêutica básica, programa de combate as carências nutricionais, ações básicas de vigilância sanitária, ações básicas de vigilância epidemiológica e ambiental.

A NOB só começa a funcionar à partir de janeiro de 1998, período onde as privatizações são realizadas nos setores de energia elétrica e de telecomunicações e as reformas administrativas e previdenciária são aprovados no congresso.

As NOBs tornaram-se o principal meio legal para descentralização das ações de saúde, principalmente na atenção básica. Porém, todos os setores de maior complexidade careciam de maior regionalização e adequação à realidade administrativa do país.

O presidente Fernando Henrique é reeleito para mais quatro anos, mas o país vive uma crise econômica e os juros que já estavam elevados devido à especulação de investidores internacionais, sobem ainda mais, e ainda prevê um ajuste fiscal com a diminuição de verbas para o orçamento do ano seguinte, inclusive para a área de saúde (POLIGNANO, 2001-3).

O agravamento da crise financeira levou o governo a fazer um acordo com o Fundo Monetário Internacional (FMI), o que diminuiu a produção do país e aumentou o número de desempregados (MELO, 2009).

Se a vinculação não resolveu definitivamente a questão de insuficiência de recursos (MARQUES e MENDES, 2000), a fixação e a preservação de receitas mínimas para a área responderam a um dos mais fortes problemas enfrentados pelo SUS, resolvido apenas parcialmente com a criação da CPMF.

Durante o governo Fernando Henrique Cardoso, foram fechados outros dois acordos com o FMI (Fundo Monetário Internacional), sem contar esse último, anunciado hoje. O primeiro, foi fechado em novembro de 1998, logo depois do agravamento da crise russa.(MANFRINI, 2002, s.p.).

...em setembro de 2001, quando o país se preparava para encerrar o programa com o FMI, as turbulências do mercado internacional, o atentado de 11 de setembro aos Estados Unidos e a crise da Argentina, forçaram o governo brasileiro a assinar um novo acordo com o Fundo. (MANFRINI, 2002, s.p.).

A lei 9656/98 veio para limitar os abusos cometidos pelas empresas, porém, com a criação de quatro modelos diferenciados de cobertura de serviços, mostrou-se ainda mais excludente:

a) Plano ambulatorial: compreende a cobertura de consultas em número ilimitado, exames complementares e outros procedimentos, em nível ambulatorial, incluindo atendimentos e procedimentos caracterizados como urgência e emergência até as primeiras 12 horas (plano mais barato e acessível);

b) Plano hospitalar sem obstetrícia: compreende atendimento em unidade hospitalar com número ilimitado de diárias, inclusive UTI, transfusões, quimioterapia e radioterapia entre outros, necessários à preservação da vida, órgãos ou funções;

c) Plano hospitalar com obstetrícia: acresce ao Plano hospitalar sem obstetrícia, a cobertura de consultas, exames e procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e ao recém-nascido durante os primeiros 30 dias de vida;

d) Plano odontológico: cobertura de procedimentos odontológicos realizados em consultórios;

e) Plano referência: representa a somatória dos quatro tipos de planos anteriores (plano mais caro e abrangente).

Durante a grande crise cambial de 1999, ocorre outro empréstimo junto ao FMI, trazendo uma política recessiva, diminuição do PIB e aumento do desemprego. Em março a CPMF aumentou de 0,2 para 0,38%.

Por todo ano 2000, o Ministério da Saúde coordenou um debate e negociação com secretários de estado (CONASS) e municípios (CONASEMS) de

saúde, Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), para aperfeiçoamento e consolidação da descentralização do SUS, tendo como resultado a publicação da NOAS-SUS 01/2001 (Norma Operacional de Assistência à Saúde), em janeiro de 2001. Nela instituía-se a promoção de maior equidade na alocação dos recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

A publicação colocava como ponto importante o processo de elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), que era coordenado pelo gestor estadual e havia participação dos municípios. Os critérios utilizados para contemplação da população em questão levavam em conta:

- a) a divisão do território estadual em regiões ou microrregiões de saúde, definidas com critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e acessibilidade;
- b) diagnóstico dos principais problemas de saúde e das prioridades de intervenção;
- c) formação de módulos assistenciais resolutivos, formados por um ou mais municípios;
- d) organização de redes assistenciais específicas;
- e) criação de plano diretor de investimentos, suprimindo as lacunas assistenciais de acordo com as prioridades de intervenção.

Diretrizes gerais de organização foram estabelecidas através do mapeamento das redes de referência em áreas estratégicas específicas como gestação de alto risco, urgência e emergência, hemoterapia, etc.

Após a publicação da NOAS, o Ministério da Saúde acompanhou e ofereceu apoio aos processos de regionalização, desenvolvendo estratégias e instrumentos de gestão e organização da assistência à saúde em cada um dos estados.

3.1.13. Da criação das organizações sociais de saúde

O modelo de parceria do governo do Estado de São Paulo para gestão de unidades de saúde formalizado pela lei complementar nº 846 do dia 04 de junho de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Ele foi implementado entre 1998 e 2001, com previsão no Programa Metropolitano de Saúde (PMS) e foi regulamentada a parceria com

entidades filantrópicas, que adquiriram o direito de firmar contrato de gestão com a Secretaria de Saúde, após receber devida qualificação.

Estas entidades passaram a gerenciar hospitais e equipamentos públicos de saúde de forma eficiente, sendo iniciada a gestão de quinze hospitais de regiões carentes, a fim de melhorar o acesso da população aos programas de saúde hospitalar.

Destacam-se na lei alguns aspectos importantes:

- a) Criação de contrato de gestão, entre o poder público e a entidade, determinando o tipo de assistência à saúde desenvolvido pelo serviço;
- b) Formação de comissão de avaliação dos contratos, onde ficam responsáveis pela análise dos resultados obtido, representantes do Conselho Estadual da Assembléia Legislativa e profissionais especializados indicados pela própria secretaria, de acordo com a lei 318/05;
- c) Os hospitais gerenciados pelas OSSs devem atender somente pacientes do SUS;
- d) O balanço e outras prestações de contas devem ser publicados no Diário Oficial do Estado (DOE) e mostra-se necessário o controle pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE);
- e) Faz-se obrigatória a experiência mínima da entidade na administração de serviços próprios de saúde.

Deve-se enfatizar que a parceria com as OSSs estabelece que todos os serviços devem-se pautar pelos princípios fundamentais do SUS, que são universalidade, equidade, integralidade, gratuidade e controle social.

O contrato estabelecido permite que a entidade contrate funcionários sem a realização de concurso público e também a compra de materiais e equipamentos sem que seja feita uma licitação, situação em que, segundo os secretários de saúde do estado e do município, respectivamente, torna-se bem mais rápida por não passar pela burocracia dos concursos e licitações.

Porém a rede estadual não carrega o mesmo problema administrativo da prefeitura, que deverá conviver com uma gestão mista, onde funcionários públicos tradicionais trabalham com os contratados pelas OSSs numa mesma unidade, sendo necessário a implantação de incentivos financeiros para equiparação dos salários.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Para a elaboração do referencial teórico e histórico, foi feito levantamento bibliográfico por meio de artigos científicos em revistas da biblioteca virtual de saúde. Feita pesquisa em hospital público municipal, análise de dados estatísticos de estabelecimento onde houve a implantação das Organizações Sociais de Saúde, leitura de leis, decretos e medidas provisórias publicados nos Diários Oficiais, de reportagens publicadas em revistas e jornais eletrônicos, informações prestadas por associações médicas e na secretaria de saúde do estado.

5. RESULTADOS

No processo de coleta de dados estatísticos de hospital gerenciado por OSS, foram obtidas as seguintes informações:

MÊS	P.S. CONSULTAS	PACIENTES EM OBS.	INTERNAÇÕES	% INTERNAÇÕES	ÓBITOS < 24 Hs	ÓBITOS > 24 Hs	SAÍDAS
1	3935	198	194	4,93	0	6	173
2	4485	210	163	3,63	1	4	165
3	7708	210	238	3,09	0	3	229
4	7445	223	229	3,08	0	2	236
5	6272	220	212	3,38	0	1	215
6	5283	231	200	3,79	0	4	199
7	5023	213	213	4,24	0	1	212
8	5224	263	242	4,63	0	2	239
9	5233	240	208	3,97	0	3	208
10	5040	237	235	4,66	0	2	235
11	4461	193	197	4,42	1	3	192
12	3877	171	178	4,59	0	0	198
TOTAL	63986	2609	2509	3,92	2	31	2501

Tabela 1 - Comparação entre os índices de produtividade e atendimento durante 24 meses dos anos 2008(antes da implantação das OSSs) e 2009 (após a implantação das OSSs) em um hospital infantil municipal.

MÊS	PACIENTE/DIA	MÉDIA DE PERMANÊNCIA		TAXA DE OCUPAÇÃO		TAXA DE INF. HOSP.		TAXA DE MORT. GERAL HOSP.		TAXA DE GRD	
		2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
1	1043	7,50	73,50	58,80	12,70	32	4,30	1,0	1,90		
2	994	7,00	77,90	68,80	5,70	-	3,70	1,7	1,90		
3	1105	7,60	83,00	83,00	8,50	0,65	2,10	1,50	2,00		
4	1018	7,20	81,30	82,90	5,70	6,00	1,40	0,40	2,00		
5	992	7,60	75,60	82,90	3,30	3,80	0,80	-	1,80		
6	992	7,10	76,90	81,80	4,30	5,10	3,00	1,90	1,80		
7	1274	6,00	81,20	74,30	2,40	8,50	0,50	1,80	3,10		
8	1336	5,60	81,40	72,40	-	3,70	0,80	1,60	3,90		
9	1207	5,80	66,90	68,60	3,10	3,30	1,40	-	3,40		
10	1256	5,20	68,00	74,00	3,10	4,00	0,80	1,90	3,90		
11	1183	6,20	66,00	74,50	3,20	3,40	2,10	1,00	2,70		
12	1088	5,50	58,30	68,80	1,80	2,60	-	1,10	2,80		
TOTAL	13388	6,53	74,17	74,32	4,48	3,42	1,74	0,98	2,60		

Tabela 2 - Comparação entre os índices de produtividade e atendimento durante 24 meses dos anos 2008(antes da implantação das OSSs) e 2009 (após a implantação das OSSs) em um hospital infantil municipal.

	2008	2009	2008	2009	2008	2009
	CONSULTAS	CONSULTAS	INTER.	INTER.	%	%
JANEIRO	3935	3283	173	239	4,40%	7,28%
FEVEREIRO	4485	4040	188	205	4,19%	5,07%
MARÇO	7708	6148	184	287	2,39%	4,67%
ABRIL	7445	5468	193	230	2,59%	4,21%
MAIO	6272	5427	192	245	3,06%	4,51%
JUNHO	5283	5197	209	251	3,96%	4,83%
JULHO	5023	6395	185	219	3,68%	3,42%
AGOSTO	5224	5169	238	233	4,56%	4,51%
SETEMBRO	5233	4788	210	223	4,01%	4,66%
OUTUBRO	5040	4907	232	198	4,60%	4,04%
NOVEMBRO	4461	4434	158	217	3,54%	4,89%
DEZEMBRO	3877	3751	164	161	4,23%	4,29%
MÊS						
	CONSULTAS	CONSULTAS	INTER.	INTER.	%	%
TOTAL	63986	59007	2326	2708	3,64%	4,59%
MÉDIA MENSAL	5332	4917	194	226	3,64%	4,59%

Tabela 3- Comparação entre o número de consultas e internações nos anos 2008 (antes da implantação das OSSs) e 2009 (após a implantação das OSSs) em hospital municipal.

CIRURGIAS	2008	2009	2008	2009
	ELETIVAS E-2008	ELETIVAS E-2009	URGÊNCIA U-2008	URGÊNCIA U-2009
MÊS				
1	159	222	14	17
2	175	198	13	7
3	167	270	17	17
4	188	220	5	10
5	183	231	9	14
6	200	242	9	9
7	173	272	12	5
8	223	257	15	20
9	192	248	18	14
10	211	243	21	11
11	139	242	19	17
12	152	196	12	15
TOTAL	2162	2841	164	156
Média	180	237	14	13

Tabela 4 - Comparação entre o número de cirurgias eletivas e de urgência dos anos 2008 (antes da implantação das OSSs) e 2009 (após a implantação das OSSs) de hospital infantil municipal.

% de paulistanos entrevistados que consideram o atendimento médico da prefeitura bom ou ótimo		
	2008	2009
ambulatorial	50%	55%
especializado	57%	61%
urgência e emergência	51%	61%
internação	74%	78%
cirurgias	74%	87%
tempo de espera	27%	27%
psiquiatria e saúde mental	72%	66%

Tabela 5 - nível de satisfação dos paulistanos em relação ao atendimento médico antes (2008) e após implantação das OSSs (2009).
Fonte: Instituto Análise/SMS

<i>número de realizações no mês de abril</i>		
	2008	2009
cirurgias	194	246
internações	142	230
atendimento ambulatorial	4936	5464
atendimento emergência	6369	5469

Tabela 6 - comparação entre a quantidade de procedimentos realizados antes (2008) e após (2009) a implantação das OSSs na rede municipal.
Fonte: revista Veja.

6. DISCUSSÃO

De acordo com dados da Secretaria Estadual de Saúde, no ano 2004 as unidades administradas por OSSs internaram 43,2% mais pacientes e reduziram os custos de internação em 25,1% se comparadas com unidades de gestão direta do estado. Já os salários dos funcionários contratados são em média de 30 a 40% maior que o do serviço público.

Pode-se citar alguns exemplos de hospitais que apresentaram significativos progressos no atendimento à população carente. A Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) passou a administrar o Hospital Geral de Pirajussara (Taboão da Serra), por meio da Sociedade Paulista Para o Desenvolvimento da Medicina (SDPM).

No início houve grande dificuldade de entendimento da população sobre o funcionamento do sistema, em que só eram atendidos casos já vindos de outras unidades e com o pronto-socorro atendendo somente emergências e urgências. Resolvido o impasse, ele é agora o centro de análise de todos os exames da rede, e ainda com cinco áreas de alta complexidade, segundo Nacime Salomão Mansur.

Outro hospital administrado pela UNIFESP é o Hospital Estadual de Diadema, responsável pelo atendimento de sete cidades do ABC paulista e também pelo Hospital das Clínicas Luzia Pinho Melo, em Mogi das Cruzes.

Nestes três hospitais, o atendimento é totalmente feito para pacientes do SUS e o gerenciamento possibilita um trabalho com mais produtividade, qualidade e quantidade, sem perder o foco no resultado a ser alcançado.

Segundo um estudo comparativo do pesquisador e especialista em saúde do Banco Mundial, Gerard La Forgia sobre doze hospitais de administração direta e doze de administração das OSSs, todos com características semelhantes, foi possível demonstrar significativa diferença na produtividade, onde as OSSs superavam as unidades de administração direta em 35%. Seus indicadores de mortalidade também se mostraram levemente melhores. Os leitos ficaram desocupados entre um paciente e outro 1,2 dias contra 3,9 na administração direta. Porém os hospitais da administração direta obtiveram melhor eficiência em clínica pediátrica. Houve uma equidade quanto ao atendimento à população.

Os gastos com pessoal diminuíram de 53,38% no ano de 2000 para 39,6% em 2007. Os funcionários ficam atrelados ao cumprimento de metas, sendo obrigados a atender aos pacientes de maneira melhor e mais eficiente.

De acordo com o levantamento da Secretaria realizado em 2006, os hospitais gerenciados por OSS atendem 25% mais pacientes e gastam 10% a menos, proporcionalmente em comparação com as unidades de administração direta. Segundo o Banco Mundial também afirma que as OSSs são um exemplo viável e positivo da gestão de hospitais públicos.

Como objetivo de avaliar o desempenho das OSSs, foi firmado um convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). A coordenação do convênio definiu três subprojetos:

- a) análise das atividades hospitalares;
- b) análise de demanda;
- c) política de medicamentos.

Foram também utilizadas consultorias especiais para complementar aspectos da avaliação fora dos subprojetos.

De acordo com o relatório de Bittar et al. (2000), foi usada a seguinte metodologia: visita a hospitais, para reunir informações quanto à estrutura física, organização e interferência na produção e qualidade dos programas e serviços prestados; coleta de dados com informações sobre capacidade instalada, produção, recursos humanos, financeiros, produtividade e qualidade; análise da morbidade.

Fazendo-se uma análise de dados fornecidos pelo Instituto Análise / Secretaria Municipal de Saúde (tabela 5), pode-se afirmar que uma boa parcela da população paulistana considera que houve uma melhora significativa no atendimento de saúde pública após a implantação das OSSs, com exceção aos quesitos tempo de espera e psiquiatria/saúde mental.

Analisando-se a tabela 6, os dados obtidos junto ao Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês demonstram que em um hospital infantil municipal da capital houve melhora nos serviços após a nova gestão das OSSs.

Neste hospital, após seis meses da troca de administração, foram apresentados aumentos nos seguintes setores:

- a) 27% em cirurgias;
- b) 62% em internações.

Além de hospitais, as OSSs administram 103 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 38 postos de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), sendo estas últimas importantes para reduzir a lotação das UBS.

De acordo com os resultados informados na tabela 1, pode-se dizer que é possível identificar substancial melhora nos levantamentos de performance e administração do hospital, onde podemos afirmar que diante de um taxa média ocupacional igual entre os anos 2008 e 2009 tanto a taxa de infecção hospitalar como a taxa de mortalidade geral diminuíram.

Basicamente esta evolução administrativa observada no decorrer destes dois anos ocorreu em virtude de uma melhor gestão de pessoal através de treinamento aplicado por funcionários da iniciativa privada, melhora nos processos de compra de material, suspensão de licitações públicas.

Em relação à tabela 3, nota-se que entre os anos de 2008 e 2009, ocorreu uma diminuição no número de consultas, cerca de 8% a menos. Já o número de internações aumentou em cerca de 16%.

Em relação à tabela 4, fazendo-se uma análise comparativa das tabelas acima, pode-se afirmar que houve um aumento no número de cirurgias eletivas da ordem de 31% no período de um ano.

Já nas cirurgias de urgência, a variação na realização de procedimentos foi muito pequena, mantendo-se os índices médios.

7. CONCLUSÃO

Diante das necessidades de uma população carente de um serviço mais eficiente de atendimento, a implantação de métodos administrativos privados no serviço público mostrou ser uma maneira melhor de suprir as necessidades de atendimento básico e emergencial aos pacientes. Houve aumento na qualidade, no número de atendimento mensal, podendo-se assim concluir que o caminho do sistema de saúde é unir a administração privada à pública, para que todos tenham acesso a uma medicina digna e efetiva.

Há maior rapidez na compra de materiais, o tempo de atendimento nos procedimentos em geral é menor, o estímulo aos profissionais envolvidos é maior em termos de cumprimento de metas e o nível de satisfação da população torna-se maior.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARTIGO nº 198 sobre os encargos do SUS. **Constituição Federal de 1988**. Diário Oficial da União, 05 de outubro de 1988. T. VIII, C. II, S. II. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/art_196_.htm>. Acesso em 07 mar. 2010.

BALEGO, Ricardo. **Organização Social**: um modelo em expansão. Sistema de administração de hospitais em forma de parceria começa a migrar para municípios como São Paulo. Ed. 565, mar. 2006. Revista da Associação Paulista de Medicina. São Paulo. Disponível em: <http://www.apm.org.br/fechado/rapm_materia.aspx?idMateria=2820>. Acesso em 02 fev. 2010.

BERGAMO, Giuliana. **Sistema Municipal de Saúde**: cresce satisfação dos usuários. Revista Veja São Paulo, 03. jun.2009. Editora Abril, 1907- Disponível em: <<http://vejasp.abril.com.br/revista/edição-2115/sistema-municipal-de-saude-cresce-satisfacao-dos-usuarios>>. Acesso 06 nov. 2009.

CARNEIRO JR., Nivaldo et al. **Controle Público e Equidade no Acesso a Hospitais sob Gestão Pública Não Estatal**. Revista de Saúde Pública, p. 914-20, 2006 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n5/23.pdf> >. Acesso em 02 fev. 2010.

DECRETO-LEI nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Art. 39 Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Diário Oficial da União. 27 fev. 1967. S.1, suplemento, p.4. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/Decreto-Lei/Del0200.htm>>;<<http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/VisualizarNorma.html?ideNorma=376033>>. Acesso em 27 fev. 2010.

DECRETO-LEI nº 66623, de 22 de maio de 1970. Da criação da SUCAM. Dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde, e dá outras providências.

Diário Oficial da União, 25 maio 1970. S.1, p.03903. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/exposicoes/linhatempo/70.htm>>. Acesso em 27 fev. 2010.

DECRETO nº 86329, de 02 de setembro de 1981. Institui o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária – CONASP. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto_86329-81.pdf>. Acesso em 27 fev. 2010.

DRAIBE, Sônia. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. **Tempo Social**, v. 15, n.2, São Paulo, nov. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702003000200004> . Acesso em 10 mar. 2010.

DUARTE, Pedro Garcia. Consistência Econômica e Política: o caso da CPMF, 31. out. 2007. **Revista Autor**, 2000-2008. ISSN 1677-3500. Disponível em: <http://www.revistaautor.com/index.php?option=com_content&task=view&id=33&Itemid=40>. Acesso em 08 mar. 2010.

FARAH, Tatiana. **Saúde no Brasil desperdiça e gasta mal, diz Banco Mundial**, 13 jun. 2008. São Paulo. PEREIRA, Bresser. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/MARE/Saude/08.6.EstudoLaForgiaHospitaisOSs.pdf>>. Acesso em 11 mar. 2010.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. **O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX**. Vol. 21, nº 61. São Paulo, jun. 2006. Revista Brasileira de Ciências Sociais. doi 101590/50102-69092006000200010. ISSN 0102-6909. Disponível em:<www.Scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092006000200010> . Acesso em 15 maio 2010.

IBAÑEZ, Nelson et al. **Organizações sociais de saúde**: o modelo do estado de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva* . , São Paulo, v.6, n.2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200009>. Acesso em 19 nov.2009.

LEI 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 20 set. 1990. T.II. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em 07 fev. 2010.

LEI nº 9539 de 12 de dezembro de 1997. Dispõe sobre a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira - CPMF. Disponível em:
<http://www.dji.com.br/leis_ordinarias/1996-009311-cpmf/9539-97.htm>.
<<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L9539.htm>>. Acesso em 10 mar. 2010.

LEI nº 9656 de 03 de junho de 1998 combinada com a MP nº 2177-44 de 24 de agosto de 2001. Dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Disponíveis em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/L9656.htm>> e <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/45/2001/2177-44.htm>>. Acesso em 10 mar. 2010.

LEI COMPLEMENTAR nº846 de 04 de junho de 1998. Governo Mário Covas. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências . Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/169706/lei-complementar-846-98-sao-paulo-sp>>. Acesso em 11 mar.2010.

MANFRINI, Sandra. FHC fechou três acordos com o FMI; confira o histórico. **Folha Online**, 07 ago. 2002, Brasília. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/dinheiro/ult91u53074.shtml>>. Acesso em 10 mar. 2010.

MANSUR, Nacime S. Associação Paulista de Desenvolvimento da Medicina (SPDM) começa a transformar o HM. **Jornal Vale Paraibano**, São José dos Campos, 2006 - Disponível em: <<http://jornal.valeparaibano.com.br/2006/09/19/pag02/artigao.html>> Acesso em 11 mar. 2010.

MELO, Carlos*. A crise cambial brasileira de 1999, a literatura de seus protagonistas e a compreensão dos fatos, out. 2009. **Revista Aurora**, Neamps, PUC-SP, 2007- Disponível em: <http://www.pucsp.br/revistaaurora/ed6_v_outubro_2009/artigos/download/ed6/6_3_Carlos_Melo.pdf>. Acesso em 10 mar.2010.

* Mestre e Doutor em Ciências Sociais (Política), pela PUC-SP. Membro do Neamp. Professor de Sociologia e Política do Insper – Instituto de Ensino e Pesquisa.

MELO, Cristina; TANAKA, Oswaldo. As organizações sociais no setor saúde: inovando as formas de gestão?, 2006. **Revista O & S**, Universidade Federal da Bahia. ISSN 1984-9230. Disponível em: <[www.revistaoes.ufba.br/include/getdoc.php?id=159&article=O&S-2006-77\[1\].pdf](http://www.revistaoes.ufba.br/include/getdoc.php?id=159&article=O&S-2006-77[1].pdf)>[PROTEGIDO]. Acesso em 09 abr. 2010.

NORMA Básica do Sistema Único de Saúde / NOB-SUS 96, de 06 de novembro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>>. Acesso em 27 mar. 2010.

OLIVEIRA, Rosângela. Precariedade e o Retrato da Saúde Pública. **Paraná Online**, 16 nov. 2008. Grupo Paulo Pimentel, Curitiba. 1997-2010. Disponível em: <<http://www.paranaonline.com.br/editoria/cidades/news/335753/?noticia=PRECARIEDADE+E+O+RETRATO+DA+SAUDE+PUBLICA>>. Acesso em 25 fev.2010.

PL 318/05 de 03 de janeiro de 2006. **Câmara Municipal de São Paulo**. Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais. Disponível em: <http://www.camara.sp.gov.br/central_de_arquivos/homepage/CONHE%C7A%20O%20TEXT0%20DO%20PL%20318.pdf>. Acesso em 11 mar.2010.

POLIGNANO, Prof. Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais**. Disponível em:

<http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf>. Acesso em 6 nov. 2009.

PORTAL da Prefeitura Municipal da Cidade de São Paulo. **Saiba mais sobre as organizações sociais de saúde e suas formas de atuação**. 17 fev. 2007, São Paulo. Disponível em: <www.prefeitura.sp.gov.br/portal/a_cidade/noticias/index.php?p=14765>. Acesso em 02 fev. 2010.

PORTAL da Secretaria Estadual de Saúde. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/content/geral_acoes_oss.mmp>. Acesso em 02 fev. 2010.

PORTARIA nº 545 , de 20 de maio de 1993. **Ministério da Saúde**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. 14f. Disponível em <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf>. Acesso em 08 mar.2010.

PORTARIA GM/MS 2203 de 06 de novembro de 1996. **Ministério da Saúde**. NOB-SUS/96. Dispõe sobre a criação da CONASEMS. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/files/NOB96.pdf>> . Acesso em 10 mar. 2010.

RESOLUÇÃO nº258, 07 de janeiro de 1991. Sobre a nova política de financiamento do SUS para 1991. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf>. Acesso em 27 fev.2010.

RIBEIRO, Thiago. Governo Fernando Henrique Cardoso. **Brasil-Escola**, 2002- . Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/historiab/governo-fernando-henrique-cardoso.htm>> . Acesso em 10 mar. 2010.

SCATENA, João Henrique Gurtier, TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **Os instrumentos normalizados (NOB) no processo de descentralização da saúde**. Saúde e

Sociedade, v.10, n.2, São Paulo, ago. a dez. 2001. ISSN 0104-1290. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902001000200005&script=sci_arttext>. Acesso em 11 mar. 2010.

SIQUEIRA, Sandra Regina Cardoso. **Aplicação de ferramentas gerenciais para o aprimoramento da gestão hospitalar**: uma abordagem analítica. Tabela – Representatividade da Assistência Médica no Brasil. 117f. Monografia (Programa de Pós-graduação *latu sensu* da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo para obtenção de certificado de conclusão de curso Master Business Information Systems Executivo em Ciência da Computação).São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.mbis.pucsp.br/monografias/Monografia-Sandra_Regina_Cardoso.pdf>. Acesso em 06 nov. 2009.

SOLIANI, André. Pobreza volta a crescer no segundo mandato de FHC. **Folha de São Paulo**, 09 out. 2000. Disponível em: <www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u8633.shtml>. Acesso em 10 mar. 2010.

TOLEDO, Caio Navarro de. **1964: o golpe contra as reformas e a democracia**. Revista Brasileira de História. São Paulo, v. 24, n.47, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-1882004000100002&script=sci_arttext>. Acesso em 20 nov.2009.

TONIOLO, Savana Marinho. **Febre amarela urbana**: risco iminente? Paraíba, jan 2008. Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba. Disponível em: <www.cienciamedicas.com.br/sistema/artigo.php?idArtigo=483>. Acesso em: 08 abr. 2010.