



Gestão Municipal de Saúde

Textos básicos

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro
José Serra

Secretaria de Políticas de Saúde
Secretário
Cláudio Duarte da Fonseca

Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos
Diretor Técnico e Responsável pela Coordenação
Paulo Henrique d'Angelo Seixas

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS)

Presidente
Fernando Cupertino de Barros

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS)

Presidente
Silvio Mendes de Oliveira Filho

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO)

Presidente
José Carvalho de Noronha

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)

Representante no Brasil
Jacobo Finkelman



Gestão Municipal de Saúde

Textos básicos

Copyright © 2001 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados ao
MINISTÉRIO DA SAÚDE

ISBN: 85-334-0408-5

Capa e Projeto Gráfico
Carlota Rios e Tania Grillo

Editoração Eletrônica
Ramon Carlos de Moraes

Supervisão Editorial
M. Cecilia G. B. Moreira

Editor Responsável
João Carlos Canossa Mendes

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

B823g Brasil. Ministério da Saúde
Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro : Brasil.
Ministério da Saúde, 2001.

344 p., tab., graf.

1.SUS (BR). 2.Administração de serviços de saúde. 3.Promoção da saúde.

CDD - 20.ed. - 362.1068

2001
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Políticas de Saúde
Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos
Esplanada dos Ministérios - Bloco "G" - Edifício Sede - 7º andar - salas 708/710
70058-900 - Brasília - DF
Tels.: (0xx 61) 315-2846/2860
Fax: (0xx 61) 315-2862



AUTORES

Ana Cecília de Sá Campello Faveret

Graduada em Relações Internacionais, mestre em Administração Pública, doutoranda em Planejamento em Saúde e coordenadora-geral de Orçamentos Públicos da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Diretoria de Projetos, Ministério da Saúde

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Mais Saúde - Municipalização com Qualidade

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos em Saúde

Carlos Alberto Pereira Gomes

Farmacêutico, bioquímico, com especialização em Saúde Pública e gerente de Assistência Farmacêutica no Ministério da Saúde

Eugênia Maria Silveira Rodrigues

Médica sanitarista, doutora em Medicina Preventiva e consultora do Projeto Promoção da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde

Fabício Augusto de Oliveira

Economista, doutor em Economia e professor do Departamento de Economia da Universidade Federal do Espírito Santo

Fausto Pereira dos Santos

Economista, especialização em Medicina Preventiva e Social e médico da Prefeitura de Belo Horizonte

Francisco Carlos Cardoso de Campos

Médico, mestre em Administração, consultor do Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde

Geraldo Biasoto Junior

Economista, doutor em Economia, secretário de Gestão de Investimentos em Saúde, Ministério da Saúde

Helvécio Miranda Magalhães Júnior

Médico, especialização em Clínica Médica e em Epidemiologia, doutorando em Epidemiologia e coordenador de Urgência e Emergência da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

Jarbas Tomazoli Nunes

Farmacêutico, bioquímico e consultor técnico do Ministério da Saúde (UNESCO)

João Paulo Pinto da Cunha

Filósofo, psicólogo, professor da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e editor de Cultura do jornal Estado de Minas

José Paranaquá de Santana

Médico, mestre em Medicina Tropical e consultor nacional da Organização Pan-Americana da Saúde

José Roberto Ferreira

Médico, assessor de Cooperação Internacional, Fundação Oswaldo Cruz

Karla Krepsky

Economista e consultora do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Ministério da Saúde

Luiz Antônio Marinho Pereira

Farmacêutico e consultor técnico do Ministério da Saúde (UNESCO)

Marcelo Gouvêa Teixeira

Formado em Administração, mestre em Administração e diretor de projetos da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Ministério da Saúde

Maria Alice Fernandes Branco

Psicóloga, doutora em Saúde Coletiva e supervisora técnica do Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde

Maria Christina Fekete

Médica, mestre em Saúde Pública, médica da Secretaria de Estado de Minas Gerais e pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Passos Barcala Peixoto

Psiquiatra e médica da Fundação Hospitalar Estado Minas Gerais

Paulo César da Fonseca Malheiro

Economista, especialização em Saúde Pública e consultor do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Ministério da Saúde

Paulo Marchiori Buss

Médico, mestre em Saúde Pública e presidente da Fundação Oswaldo Cruz

Ricardo Antonio Barcelos

Farmacêutico e consultor técnico do Ministério da Saúde

Rita Elisabeth da Rocha Sório

Enfermeira, mestre em Saúde Pública e gerente-geral do PROFAE, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Ministério da Saúde

Rodrigo Pucci de Sá e Benevides

Economista, mestre em Economia e assessor do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Ministério da Saúde

Rosani Evangelista da Cunha

Fisioterapeuta, mestranda em Administração Pública e diretora do Departamento de Gerenciamento de Investimentos, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Ministério da Saúde

Sibele Maria Gonçalves Ferreira

Médica, especialização em Medicina Preventiva e Social e consultora do Projeto Cartão Nacional de Saúde, Ministério da Saúde

Sônia Regina de Oliveira Rocha

Jornalista, especialização em Políticas Públicas e gerente da área de Comunicação e Mobilização Social, Projeto Promoção da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde



ORGANIZADORES

Janete Lima de Castro

Enfermeira, mestre em Administração, vice-coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Pedro Miguel dos Santos Neto (Coordenação Executiva)

Médico, mestre em Saúde Pública e consultor da Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde

Soraya Almeida Belisário

Médica, mestre em Saúde Pública, professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais

Prefácio

13

Apresentação

15

**Tema 1. ADMINISTRAÇÃO DE MATERIAL, PATRIMÔNIO
E SERVIÇOS DO SUS MUNICIPAL**

ADMINISTRAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE: UMA PERSPECTIVA
PARA GESTORES MUNICIPAIS

17

Helvécio Miranda Magalhães Júnior

Tema 2. CARTÃO SUS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: INSTRUMENTO PARA UM NOVO
MODELO DE GESTÃO DA SAÚDE

25

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em
Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos em Saúde

DIRETRIZES PARA O CADASTRAMENTO NACIONAL DE
USUÁRIOS DO SUS

39

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos
em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos em Saúde

Tema 3. CONTROLE SOCIAL E INSTÂNCIA DE GESTÃO
A PRÁTICA DO CONTROLE SOCIAL E OS CONSELHOS DE
SAÚDE EM 14 REFLEXÕES

53

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde

Tema 4. FINANCIAMENTO EM SAÚDE PARA O GESTOR MUNICIPAL
GESTÃO INTERGOVERNAMENTAL E FINANCIAMENTO DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE: APONTAMENTOS PARA OS GESTORES MUNICIPAIS 79

Francisco Carlos Cardoso de Campos

ESTIMATIVAS DE IMPACTO DA VINCULAÇÃO
CONSTITUCIONAL DE RECURSOS PARA A SAÚDE
(Emenda Constitucional nº 29/2000)

111

Ana Cecília de Sá Campello Favaret, Fabrício Augusto de Oliveira,
Geraldo Biasoto Junior, Karla Krepsky, Marcelo Gouvêa Teixeira,
Paulo César da Fonseca Malheiro & Rodrigo Pucci de Sá e Benevides

Tema 5. GESTÃO DA POLÍTICA DE MEDICAMENTOS
GESTÃO E GERENCIAMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE
MEDICAMENTOS

143

Carlos Alberto Pereira Gomes, Jarbas Tomazoli Nunes, Luiz Antônio
Marinho Pereira & Ricardo Antônio Barcelos

Tema 6. INFORMAÇÃO EM SAÚDE
INFORMAÇÃO EM SAÚDE COMO ELEMENTO ESTRATÉGICO
PARA A GESTÃO

163

Maria Alice Fernandes Branco

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

171

Sibele Maria Gonçalves Ferreira

Tema 7. MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) E AGENTES COMUNITÁRIOS
DE SAÚDE (PACS)

193

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Mais Saúde - Municipalização
com Qualidade

Tema 8. PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO LOCAL EM SAÚDE

BASES CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS DO
PLANEJAMENTO EM SAÚDE

201

Maria Christina Fekete

**Tema 9. POLÍTICA MUNICIPAL DE RECURSOS HUMANOS
EM SAÚDE**

A GESTÃO DO TRABALHO NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE:
ELEMENTOS PARA UMA PROPOSTA

219

José Paranaguá de Santana

EDUCAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE: PERSPECTIVAS DE
DEBATE SOB OS MARCOS LEGAIS DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

235

Rita Elisabeth da Rocha Sório

Tema 10. PROMOÇÃO À SAÚDE

ATENÇÃO PRIMÁRIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

255

José Roberto Ferreira & Paulo Marchiori Buss

PROMOÇÃO DA SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA O
DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

265

Sônia Regina de Oliveira Rocha & Eugênia Maria Silveira Rodrigues

**Tema 11. RESPONSABILIDADES DA GESTÃO MUNICIPAL
NA CONSTRUÇÃO DO SUS**

OS DESAFIOS DO GESTOR LOCAL: ESTRUTURAS

ORGANIZACIONAIS E OS MECANISMOS DE CONTROLE SOCIAL

269

Rosani Evangelista da Cunha & Fausto Pereira dos Santos

Tema 12. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PRINCÍPIOS

285

João Paulo Pinto da Cunha & Rosani Evangelista da Cunha

Tema 13. SISTEMA DE CONTROLE E AVALIAÇÃO

PERSPECTIVAS DO CONTROLE E AVALIAÇÃO NO PROCESSO
DE CONSTRUÇÃO DO SUS

305

Maria Passos Barcala Peixoto

ROTEIRO PARA AUXILIAR A ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS
DE CONTROLE E AVALIAÇÃO

321

Maria Passos Barcala Peixoto

UMA TAREFA PRIORITÁRIA

A presente publicação é especialmente dirigida aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e resulta de trabalho conjunto entre o Ministério da Saúde, os Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e a Organização Pan-Americana de Saúde.

Com ela pretende-se contribuir para consolidar a descentralização do SUS. Esta descentralização já é uma realidade em 98% dos municípios, que são gestores plenos da atenção básica ou do sistema em seus respectivos âmbitos.

Concluir e consolidar essa municipalização da gestão do SUS é uma firme prioridade do Ministério da Saúde. As funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria – inerentes à gestão do SUS – representam condições essenciais para o alcance da resolubilidade, qualidade e humanização das ações e serviços prestados à população, alvo final de todos os esforços em curso.

Entre as condições de descentralização criadas, vale a pena mencionar a divisão das responsabilidades entre as três esferas de governo e as parcerias entre os gestores federal, estaduais e municipais, além da aprovação de preceitos constitucionais e legais que garantem recursos financeiros regulares, em particular a Emenda Constitucional nº 29.

O fortalecimento da gestão municipalizada do SUS constitui uma estratégia fundamental para assegurar o acesso integral da população à promoção, proteção e recuperação da saúde. Tal fortalecimento não depende apenas do governo federal, mas também, e principalmente, da participação decisiva dos prefeitos e de seus secretários de Saúde, a qual, aliás, já vem ocorrendo na maioria dos municípios e propiciando os avanços obtidos.

Esta publicação e a realização dos Encontros de Capacitação de Gestores Municipais tornam disponíveis informações fundamentais, além de fornecerem um fórum privilegiado para o intercâmbio e a discussão de propostas de ação.

José Serra
Ministro da Saúde

APRESENTAÇÃO



Considerando a relevância do papel do município no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Políticas de Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), assumiu a responsabilidade de promover um processo de capacitação de gestores municipais que responda, de maneira adequada, às exigências deste momento de mudança no poder público municipal.

Tal iniciativa, pioneiramente desenvolvida no ano de 1998, em caráter mais restrito, evidenciou sua importância, pertinência e necessidade de ampliação.

O propósito de contemplar todos os gestores municipais de saúde, envolvendo as secretarias estaduais e as instituições formadoras, tem em vista reforçar a integração destas instituições e garantir a qualidade do processo de capacitação. Este processo tem por objetivo contribuir para consolidar a descentralização do SUS, uma realidade inegável, visto que quase a totalidade dos municípios brasileiros – mais de 98% – já é gestor pleno da Atenção Básica ou do Sistema em seus respectivos âmbitos.

Consolidar a municipalização da gestão do SUS é uma prioridade na qual o Ministério da Saúde está firmemente empenhado, o que, em última instância, significa a própria efetivação deste Sistema. As funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria – inerentes à gestão do SUS – constituem, na realidade, condições essenciais para o alcance da resolutividade, qualidade e humanização das ações e serviços prestados à população, alvo final de todos os esforços em curso.

É importante assinalar que, também no âmbito da gestão do SUS, têm sido registrados importantes avanços e criadas condições estratégicas para consolidar a descentralização. Entre elas, destacam-se a definição das responsabilidades dos níveis de gestão do SUS e as parcerias estabelecidas cotidianamente entre os gestores federal, estaduais e municipais, além dos preceitos constitucionais e legais que garantem recursos financeiros regulares, em particular a Emenda Constitucional nº 29.

O fortalecimento da gestão descentralizada constitui estratégia fundamental para assegurar o acesso integral da população às medidas dirigidas

à promoção, proteção e recuperação da saúde. Tal fortalecimento depende, todavia, da participação decisiva dos secretários de saúde e dos prefeitos, o que de fato já vem ocorrendo na grande maioria dos municípios e propiciando os avanços obtidos.

A iniciativa da publicação deste *Gestão Municipal de Saúde*, em dois volumes – *Textos básicos* e *Leis, normas e portarias atuais* –, e a realização dos Cursos de Atualização para Gestores Municipais são de grande relevância na medida em que tornam disponíveis informações fundamentais, configurando, ao mesmo tempo, fórum privilegiado para o intercâmbio e a discussão de propostas de ação.

As limitações inerentes a um desafio de tais dimensões não permitiram a abordagem da totalidade de atividades e ações desenvolvidas no âmbito do SUS, todas importantes e de interesse no dia-a-dia do gestor de saúde. Procurou-se, contudo, abordar aquelas identificadas como as de primeira hora, de necessidade mais imediata ao desempenho da gestão municipal.

No volume *Textos básicos* está reunido material produzido especificamente para subsidiar as discussões a serem realizadas nos cursos, como também textos já publicados em iniciativas anteriores. Em respeito às peculiaridades regionais, a organização do volume obedece a uma lógica em que os temas foram dispostos em ordem alfabética, não interferindo, portanto, na forma como cada Coordenação Estadual abordará os mesmos.

No volume *Leis, normas e portarias atuais* procurou-se identificar tanto os conteúdos indispensáveis ao bom desempenho das funções dos gestores, quanto aqueles referenciados nos textos de apoio (como algumas portarias, por exemplo). Por se tratar de textos amplamente divulgados, pelo *Diário Oficial da União* e até mesmo pela Internet, optou-se por publicar apenas o texto da lei, eliminando-se os anexos, à exceção da Norma Operacional de Assistência à Saúde, da Portaria 3.925 e da Instrução Normativa nº 01, pela importância do teor destes para efeitos do Curso.

Esperamos, assim, estar contribuindo para uma melhor atuação dos gestores municipais do país, como também para o incentivo de ricas e produtivas iniciativas conjuntas de trabalho.

Para finalizar, gostaríamos de lembrar que tais iniciativas – o Curso e ambos os volumes do livro *Gestão Municipal de Saúde* – devem ser entendidas à luz de todo um processo, ou seja, como um dos componentes do Programa Nacional de Capacitação de Gestores Municipais, aos quais certamente se somarão outros que deverão ser desenvolvidos paralelamente e posteriormente ao mesmo.

Os Organizadores



ADMINISTRAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE: UMA PERSPECTIVA PARA GESTORES MUNICIPAIS*

Helvécio Miranda Magalhães Júnior

A transferência progressiva de responsabilidades e funções para o nível municipal do SUS nos últimos anos encontrou, na grande maioria das vezes, o gestor municipal – secretarias e departamentos de saúde – completamente despreparado para essa tarefa, incluindo-se nesta situação até as grandes capitais. Outra realidade não seria de esperar, tendo em vista a forma histórica de organização destas instituições e sua participação no conjunto da assistência.

Em geral, o município encarregava-se de funções periféricas dentro do sistema público de assistência à saúde, gerindo uma rede de unidades de saúde de cuidados básicos que era articulada com outras unidades ambulatoriais mais complexas, unidades de apoio diagnóstico e terapêutica e a rede hospitalar. Restava sempre para as secretarias estaduais de saúde, antigo INAMPS, e para o setor privado contratado a execução da assistência no restante da rede nas cidades de maior porte. Também nas chamadas ações coletivas, o papel municipal era incipiente e historicamente limitado às ações de vacinação.

Nessa conjuntura, não havia motivos para que as prefeituras municipais se estruturassem para responder às demandas do setor de saúde, do ponto de vista tanto quantitativo quanto qualitativo. Também por esta razão, e mesmo nas cidades maiores, todas as questões relacionadas à infra-estrutura necessária ao desenvolvimento de ações de saúde de responsabilidade municipal eram afeitas aos outros setores da administração do município.

Como regra geral, as prefeituras continuam apresentando pequena capacidade gerencial e operacional. Esta é a situação encontrada nos municípios, quando são rapidamente chamados a assumir a gerência de unidades e serviços de saúde.

Outra consideração que merece ser feita é a intensa proliferação, felizmente, de idéias e projetos na área de saúde. Não é exagero afirmar que quase todos os

* Texto retirado do Caderno *Planejamento e Gestão em Saúde*, organizado por Francisco Eduardo Campos, Lídia Maria Tonon e Mozart de Oliveira Júnior. Belo Horizonte: Coopmed, 1998 (Cadernos de Saúde, 2). Reprodução autorizada pelo autor.

trabalhadores de saúde têm sempre uma nova idéia de como fazer algo novo na velha prática dos serviços e sonham com uma nova proposta. A criatividade é uma tônica do setor de saúde, e os imensos desafios a serem vencidos na consolidação do SUS se apresentam como um grande caldo de cultura para germinar estas idéias. Entretanto, na maioria das vezes, o início de determinado projeto não é precedido de uma detalhada verificação da demanda de infraestrutura necessária a seu desenvolvimento. Em consequência da falta de planejamento e adequação dos meios e instrumentos necessários, não é raro o seu fracasso por motivos perfeitamente evitáveis. Chamar a atenção para este detalhe é uma preocupação que deve permear todas as ações de um gestor do SUS.

O desafio de vencer esta contradição da área de saúde – projetos brilhantes x estrutura precária – é que reveste o setor administrativo ou de recursos logísticos de um caráter estratégico na gestão de um sistema ou serviço de saúde. Isto, que parece lógico e tranquilo na teoria, não é o que acontece na maioria das cidades, trazendo um enorme prejuízo às gestões e um significativo desperdício de tempo gerencial e político dos dirigentes.

A idéia de sistema deve estar presente na proposta de organização da área administrativa. Todas as áreas-meio (jurídico, planejamento, orçamento, execução financeira, materiais, gerência de contratos, serviços gerais, manutenção e transporte) e as áreas-fim (técnicas) devem estar entrosadas e funcionar como uma engrenagem lubrificada, de forma a fazer girar sem problemas a ‘roda’ dos serviços. Esta integração deve acontecer no cotidiano e fazer parte das preocupações constantes dos gestores. Desta forma, evita-se a perda de energia com questões menores e de caráter interno ao funcionamento das organizações.

É fundamental o entrosamento desde a fase do planejamento global do sistema de saúde até as programações setoriais e locais, para evitar o descompasso tão comum entre o político, o técnico e a infra-estrutura. Portanto, desde o primeiro momento de uma gestão, é necessário dimensionar cuidadosamente a infraestrutura necessária, seja no próprio órgão gestor do SUS ou fazendo-se gestões e estabelecendo um bom relacionamento com os demais órgãos da administração municipal. Todos os passos no sentido de ampliação da rede, seja de novos serviços próprios, seja municipalizando estruturas estaduais, devem levar em conta a previsão dos materiais e serviços fundamentais ao seu funcionamento.

No que se refere à área jurídica, é importante considerar que há grande interface com a área administrativa, em decorrência dos dispositivos legais, especialmente a Lei Federal 8.666/93 para a gestão de material e gerência de contratos e convênios. Esta base segura do setor jurídico atua também preventivamente quanto às irregularidades na prestação de contas ao conselho

de saúde, ao Tribunal de Contas e aos órgãos e entidades transferidores de recursos.

Quanto à área financeira, o entrosamento é essencial. Ele vai desde o momento da elaboração do orçamento anual, a partir de uma sólida base real, até a compatibilização orçamentária e financeira, que é também determinante para o saldo final de resultados. Uma desarticulação pode ocasionar falta de recursos mínimos a projetos prioritários e ao mesmo tempo deixar recursos disponíveis sem utilização. Também o aspecto contábil é importante para a regularidade da prestação de contas e acerto dos repasses financeiros de convênios específicos.

Historicamente, a área administrativa engloba os setores descritos a seguir, dos quais iremos comentar alguns aspectos mais importantes, os maiores problemas e possíveis caminhos para o seu enfrentamento. A localização de cada um dos setores que compõem a administração varia de acordo com o porte da cidade e a forma de organização administrativa da prefeitura.

GESTÃO DE MATERIAL

O suprimento adequado de materiais para o funcionamento regular da rede de serviços de saúde é um dos grandes desafios que não tem sido equacionado satisfatoriamente. As razões deste problema nem sempre são de ordem financeira e podem estar relacionadas com a precariedade da programação, desentrosamento e falta de preocupação das áreas técnicas, fluxo irregular de requisições, especificação inadequada dos materiais, rotina conturbada de licitações, armazenagem e controle de estoque – incluindo o controle sobre prazo de vencimento, distribuição sem controle, guarda deficiente nas unidades de saúde e falta de cuidado na utilização. Outro fator a ser considerado é a demanda por prestação de serviços essenciais, como a manutenção de equipamentos.

Os objetivos do sistema de gestão de material devem ser:

- manter a rede permanentemente abastecida dos materiais e serviços essenciais necessários à consecução das atividades assistenciais;
- implantar a administração de estoque, visando à sua racionalização e sempre balizado pelas necessidades da rede de serviços;
- comprar ao menor custo, com a melhor qualidade e obedecendo às normas legais;
- profissionalizar as atividades de suprimento, o que inclui a adequada composição e qualificação dos recursos humanos;

- trabalhar com planejamento em todos os níveis de forma participativa e ascendente;
- estabelecer o gerenciamento participativo e descentralizado de forma responsável;
- direcionar as compras de materiais e serviços preferencialmente para contratos de fornecimento, com destaque para o registro de preços, em especial para os itens de consumo regular, implantando a negociação como prática obrigatória em todas as modalidades de compra;
- estabelecer o diálogo permanente com as unidades de saúde, de forma a prever suas oscilações de consumo e necessidades;
- acertar funcionalmente suas operações com as áreas de orçamento e finanças e segundo o plano municipal de saúde.

Para atingir o objetivo de garantia do abastecimento, é necessário observar alguns aspectos que merecem destaque.

Deve-se providenciar a normalização dos materiais e o estabelecimento de uma rigorosa lista padronizada, com a definição associada do que são materiais estratégicos. Para isto, é indispensável a participação efetiva dos técnicos e gerentes das unidades, visando a estabelecer um consenso mínimo que abranja a diversidade das unidades e projetos.

A questão específica dos medicamentos merece destaque especial. Não é mais possível ter como única perspectiva o fornecimento da CEME. O privilégio do fornecimento pelos laboratórios públicos é uma política correta, mas devem ser consideradas as dificuldades que estes laboratórios vêm apresentando para cumprir uma programação de fornecimento previamente acertada. De qualquer forma, como a assistência farmacêutica é mais do que a distribuição de medicamentos, deve necessariamente ser abrangida na gestão de materiais em suas particularidades de uma política assistencial. A lista básica deve ser rigorosamente elaborada a partir de um conjunto de critérios – epidemiológicos, técnicos e financeiros. Já existem várias experiências concretas e vitoriosas neste sentido.

A capacitação dos técnicos da área de processamento das compras e da Comissão Permanente de Licitação é necessária para viabilizar o processo de aquisição em boas condições de preço e qualidade, de acordo com a programação. Esta deve considerar efetivamente o perfil de consumo e ser adequada a possíveis variações dentro de um período, além de considerar as expansões e mudanças no projeto assistencial.

A etapa seguinte da armazenagem exige o cuidado do recebimento dos materiais, o controle do estoque e a guarda em condições adequadas. Deve ser também considerada a segurança com relação à distribuição para as unidades. O fluxo de distribuição vai depender da realidade de cada local. O almoxarifado central deverá receber as reclamações relativas à qualidade dos materiais e subsidiar alterações no processo de compra. Sempre que necessário, técnicos devem ser requisitados para avaliação de itens de consumo que estejam apresentando problemas. No caso de materiais permanentes, o processo de patrimonização deve ocorrer antes de sua alocação na unidade para fins de controle patrimonial. A cópia da nota fiscal deve ir para a unidade, para efeito de controle local.

Para os itens de consumo regular, devem ser privilegiados os contratos de fornecimento, por apresentarem as seguintes características: não necessitam de grandes desembolsos financeiros; não exigem grandes áreas de armazenamento; têm uma margem de variação em seus quantitativos, que atende a eventuais oscilações de consumo e falhas mais sutis da programação.

Um aspecto moderno da gestão de materiais é a criação da área de desenvolvimento de mercado. Trata-se de um trabalho continuado de relação de parceria direta com os potenciais fornecedores, de forma a viabilizar o atendimento do processo de compra pelo órgão público em melhores condições de qualidade e preço, sem perder de vista os procedimentos legais e formais.

GERÊNCIA DE CONTRATOS E CONVÊNIOS

Este é um setor intimamente ligado ao de materiais e deve trabalhar muito integrado a ele. Pode estar localizado na Secretaria de Saúde ou na administração central. É importante tanto para o controle legal da execução dos contratos, quanto para contribuir com o processo de ressurgimento regular, avisar com antecedência a área de compras sobre o vencimento de determinada contratação e a necessidade de abertura de novo processo de aquisição. Para tanto, é fundamental o acompanhamento da articulação pela área jurídica.

Outra importante inter-relação é com a manutenção de equipamentos mais complexos, que exigem empresas ou técnicos especializados, e que, portanto, necessitam de processos de contratação específica.

MANUTENÇÃO

Esta é uma área da administração que requer toda a atenção dos gestores. Possui dois aspectos importantes a considerar: manutenção predial das unidades e manutenção de equipamentos e veículos. A falta de manutenção adequada dos prédios, veículos e equipamentos que dão suporte às atividades de saúde é tão indesejada quanto o desabastecimento de materiais. Historicamente, não é dada a devida importância a este aspecto, e o que se vê, normalmente, é uma situação grave de prédios deteriorados e equipamentos parados com grande prejuízo econômico e assistencial.

Já a manutenção predial é uma função que quase sempre está a cargo da Secretaria de Obras do município. Deve ser estabelecido, de comum acordo, um plano global de manutenção predial que aborde as áreas civis, elétricas e hidráulicas sob uma ótica preventiva e corretiva dos problemas. Embora o objetivo deste texto não seja aprofundar esta discussão, cabe destacar que todas as alterações das áreas físicas das unidades devem ser registradas em cadastro próprio e modificadas as plantas originais contidas num acervo próprio. Também é racional estabelecer um plano diretor de obras a longo prazo, para evitar repetir intervenções e desperdiçar recursos, e preocupar-se com a qualidade técnica dos projetos, que, muitas vezes, são a melhor prevenção para problemas futuros.

Os equipamentos médicos e hospitalares, desde os mais simples aos mais complexos, que compõem importante recurso das unidades, devem ser alvo do cuidado com manutenção preventiva e corretiva. Além dos benefícios assistenciais, é muito mais econômico o gasto com manutenção preventiva e o treinamento adequado dos técnicos que vão operar os equipamentos. Tão importante quanto adquirir equipamentos, melhorando a resolubilidade dos serviços, é conseguir mantê-los funcionando adequadamente e com garantia de qualidade.

SERVIÇOS GERAIS E TRANSPORTE

Os serviços gerais fazem parte de um grupo de atividades também muito importante para o bom funcionamento da rede de serviços de saúde. É composto de comunicação, protocolo, reprografia, limpeza, conservação, zeladoria e vigilância. Em geral, com exceção dos grandes centros, são funções afeitas à administração geral das prefeituras e que devem ser acompanhadas.

O serviço de comunicação é importante estrutura de apoio logístico para as unidades, tanto para atividades internas, quanto como facilitador do contato com o público usuário, destacando-se a telefonia. O serviço de protocolo é necessário pelo aspecto legal do controle de documentos e divulgação interna de

orientações e determinações gerenciais. A reprografia é a estrutura de reprodução de textos e documentos que precisam ser divulgados para os funcionários e de impressos utilizados no atendimento das unidades. Em locais e sistemas de maior porte, esta impressão, geralmente, tem o suporte de um contrato de gráfica prestadora de serviços ao município.

Os serviços de limpeza, conservação e vigilância são também importantes no cotidiano do setor de saúde. Do ponto de vista técnico e dependendo do porte e das características da unidade, o controle do processo de infecção nosocomial deve ser supervisionado por profissional capacitado. Como exemplo para os demais setores, as normas para utilização dos equipamentos de proteção individual devem ser observadas. Operacionalmente, estes serviços podem ser prestados por pessoal próprio ou por meio da contratação de empresas prestadoras de serviço, que têm embasamento legal próprio. No caso de contratação terceirizada, deve-se realizar o efetivo controle do contrato e, para fins de economicidade, não incluir nos contratos a aquisição de materiais de limpeza, os quais devem ser comprados e fornecidos pelo próprio órgão público. Dependendo das condições locais, o serviço de lavanderia pode ser próprio e centralizado ou realizado por intermédio de contratos de prestação de serviços.

O serviço de transporte é dividido em transporte sanitário e de apoio. O tamanho e as características da frota vão depender do planejamento assistencial. Também neste caso existe a opção dos veículos próprios ou de contrato com terceiros, geralmente por meio de cooperativas de motoristas. No caso de frota própria, é importante enfatizar a necessidade de uma adequada manutenção preventiva e corretiva. De qualquer forma, é necessária uma área específica que faça a interlocução com as unidades e áreas técnicas.

PATRIMÔNIO

O controle do patrimônio público é uma das necessidades operacionais do SUS. Existe uma legislação específica de controle desta função, que deve ser observada. Geralmente, o controle é centralizado no setor de patrimônio da prefeitura. É importante ressaltar que todos os bens permanentes da rede de serviços devem ser patrimonializados e controlados no que se refere a localização, numeração específica e possíveis alienações. Nos contratos de manutenção de equipamentos, deve, obrigatoriamente, constar o número de patrimônio. Deve haver um controle específico de materiais permanentes adquiridos com verba própria de convênios, para fins de auditoria.



CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: INSTRUMENTO PARA UM NOVO MODELO DE GESTÃO DA SAÚDE

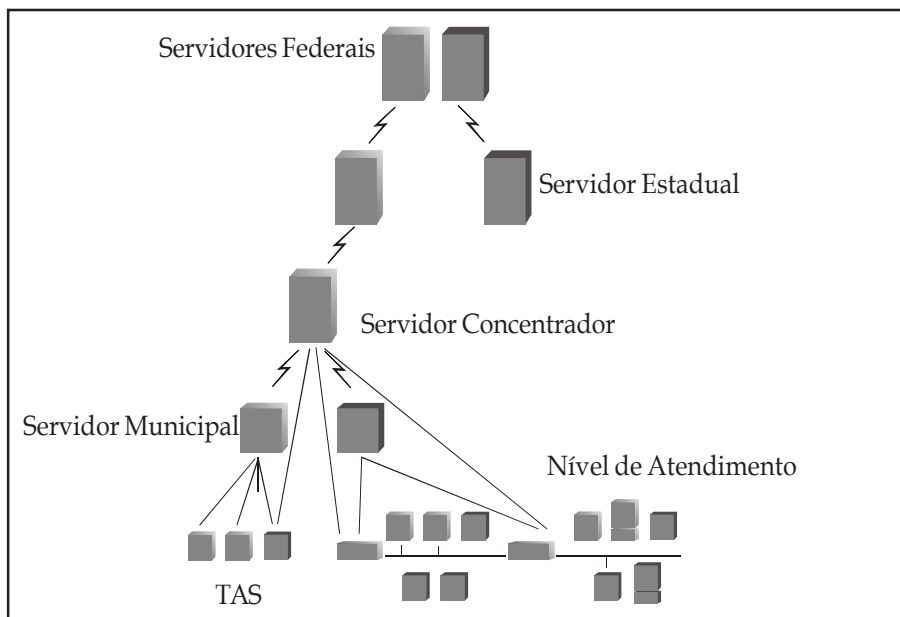
Brasil. Ministério da Saúde.

Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde.

Departamento de Gerenciamento de Investimentos em Saúde*

O QUE É O CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE?

O Cartão Nacional de Saúde (CNS) é um sistema informatizado, de base nacional, que possibilita a vinculação dos procedimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ao usuário, ao profissional que o realizou e também à unidade de saúde. O sistema é constituído pelo Cartão do Usuário com um número único de identificação em âmbito nacional – a identidade do usuário no SUS – pelo Terminal de Atendimento do SUS (TAS), instalado para captação de informações em todas as unidades de saúde; pelos aplicativos desenvolvidos especificamente para o Sistema Cartão Nacional de Saúde e pela Rede de Informação em Saúde, que abrange os níveis municipal, estadual e federal de saúde, programada para ser um importante instrumento de gerenciamento das unidades de saúde e de gestão do SUS. A arquitetura do sistema pode ser vista na figura a seguir.



* Os autores deste texto optaram por creditar a autoria ao Ministério da Saúde.

O Cartão traz inúmeras vantagens, uma vez que vai possibilitar a organização dos serviços de saúde a partir das necessidades reais da população e dos fluxos dos usuários do SUS. O cartão tem uma numeração nacional (baseada no número do PIS/PASEP)¹, de modo a identificar o cidadão com o sistema local e, ao mesmo tempo, possibilitar a agregação de informações em âmbito federal, estadual e regional e o acompanhamento do fluxo deste usuário do SUS. Além destas finalidades, espera-se que o cartão contribua para:

- o acompanhamento da referência e contra-referência dos usuários do SUS;
- a identificação das ações de saúde realizadas;
- o acesso a informações por unidade de saúde, localidade, cidade, município, região, estado e país;
- a construção de base de dados de histórico clínico dos usuários do SUS;
- a imediata identificação do usuário, com agilização do atendimento, inclusive possibilitando a automatização da marcação de consultas;
- a revisão dos processos de compra e ampliação e melhoria do acesso da população a medicamentos;
- a integração de sistemas de informação;
- a revisão de critérios de financiamento e racionalização de custos;
- o acompanhamento, controle, avaliação e auditoria;
- o aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão e avaliação de recursos humanos em saúde.

Vejamos alguns dos benefícios que o Cartão trará a cada pessoa envolvida com o Sistema de Saúde.

Usuários

- identificação imediata;
- mais rapidez no atendimento;
- marcação de exames e de consultas com menor burocracia.

¹ O cadastramento de usuários do SUS tem como objetivo identificar os números de PIS/PASEP para as pessoas que já o possuem, ou gerar números para aquelas que ainda não o têm. Por meio do cadastramento, e desde que as pessoas tenham algum documento de identificação, mesmo as crianças passam a ter números de PIS/PASEP que as acompanharão por toda a vida.

Gestores

- apoio no planejamento e na determinação de prioridades das ações de saúde;
- agilidade na identificação e no acompanhamento da rede prestadora de serviços;
- acesso mais rápido e simples a dados de saúde de todas as regiões do país;
- auxílio na identificação de áreas problemáticas e na formulação de políticas, pela agilização da disponibilidade das informações gerenciais;
- automatização dos processos relativos ao ressarcimento ao SUS, dos procedimentos realizados em pacientes de planos de saúde;
- auxílio na otimização da distribuição de medicamentos adquiridos pelo SUS;

Profissionais de saúde

- possibilidade de identificação imediata do usuário;
- maior rapidez e qualidade no atendimento aos pacientes;
- acesso a dados e consultas anteriores dos pacientes;
- maior agilidade no preenchimento de formulários e, em alguns casos, preenchimento automatizado;
- facilidade na marcação de consultas e exames;

Administradores

- criação e acesso eletrônico a um cadastro de usuários de forma a possibilitar a identificação individualizada dos usuários;
- geração automática de formulários próprios dos sistemas de informações;
- auxílio na elaboração de protocolos clínicos;
- modernização dos instrumentos de gerenciamento do atendimento aos pacientes;
- melhor distribuição dos recursos humanos e funcionais da Unidade de Saúde;
- auxílio à programação das atividades da Unidade.

O PROJETO PILOTO

O processo de implantação do Cartão Nacional de Saúde em curso abrange 44 municípios brasileiros, com cobertura de cerca de 13 milhões de usuários do SUS. O escopo do fornecimento das empresas contratadas, por meio de licitação internacional, abrange a implantação de estrutura de *hardware* no âmbito federal (com servidores localizados em Brasília e no Rio de Janeiro), no âmbito estadual (com servidores em todos os estados brasileiros) e no âmbito dos 44 municípios do projeto piloto. Inclui ainda o desenvolvimento de *software* e a construção de uma rede de abrangência nacional, conforme especificado na figura anterior.

A utilização da base de dados derivada do sistema cartão deverá ter como finalidade única a gestão dos serviços de saúde pelas diferentes esferas de governo, não podendo, sob nenhuma hipótese, servir a fins comerciais ou outros que atentem contra os direitos constitucionais do cidadão e/ou a ética do profissional. Um importante mecanismo de segurança do sistema é derivado da possibilidade de identificação de todos os que acessaram e/ou modificaram qualquer informação contida nas bases de dados. É importante ressaltar ainda que, em nenhuma circunstância, o fato de o indivíduo possuir ou não o Cartão Nacional de Saúde poderá ser utilizado como forma de coação ou de obstáculo ao seu acesso aos serviços de saúde.

AS FUNCIONALIDADES DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

Com a base de dados construída pelo Sistema Cartão Nacional de Saúde é possível gerar uma série de informações visando à melhoria da assistência oferecida pelo SUS. Inicialmente, os dados processados pelo sistema do cartão permitem responder às seguintes perguntas:

Quem foi atendido? = identificação do usuário do SUS por meio do seu número no sistema.

Quem atendeu o usuário? = identificação do profissional de saúde responsável pelo atendimento.

Onde o usuário foi atendido? = identificação do estabelecimento de saúde onde ocorreu o atendimento.

Quando o usuário foi atendido? = identificação da data e hora do atendimento realizado.

Qual o problema identificado? = identificação do diagnóstico e do motivo da procura.

Que atendimento foi realizado? = identificação do(s) procedimento(s) ambulatorial ou hospitalar realizado(s).

Que medicamento foi prescrito? = identificação de prescrição informada pelo sistema.

O que resultou do atendimento realizado? = identificação do(s) diagnóstico(s), do(s) encaminhamento(s), do(s) procedimento(s) a serem solicitado(s), dentre outros.

Posteriormente, a partir da vinculação entre o usuário, o profissional de saúde, o estabelecimento de saúde e o atendimento realizado, inúmeras perguntas podem ser respondidas. Por exemplo:

- A identificação do usuário informa sobre o seu município de residência, de tal modo que é possível subsidiar um processo de câmara de compensação intermunicipal e/ou interestadual dos recursos financeiros do SUS.
- Pode-se conhecer quantos pacientes portadores de diabetes estão sendo atendidos, que medicamentos e exames estão sendo fornecidos a eles e, assim, subsidiar um planejamento mais efetivo das aquisições de medicamentos e de exames. Além disto, podem ser elaborados protocolos clínicos (exames que devem ser pedidos, quando devem ser pedidos, com que frequência o paciente deve comparecer à consulta etc.) para o atendimento dos pacientes.
- Pode-se conhecer, automaticamente, quantas tomografias computadorizadas estão sendo demandadas e, assim, tomar decisões sobre como responder a essas necessidades.
- Pode-se conhecer que medicamentos estão sendo prescritos nas unidades de saúde, com o objetivo de planejar melhor as compras e, até mesmo, avaliar e propor revisão/capacitação na atuação dos profissionais de saúde.
- Podem ser encaminhadas correspondências periódicas aos usuários do sistema de saúde informando sobre todos os procedimentos prestados a ele no sistema. Esta prestação de contas tem impacto no aumento da transparência e democratização na área de saúde e também apresenta vantagens do ponto de vista de avaliação e auditoria do sistema.

No **TERMINAL DE ATENDIMENTO (TAS)**, o sistema trabalha com as seguintes funções:


- **Identificação e registro do usuário** que está sendo atendido: número do cartão, nome, sexo, data de nascimento, município e unidade da federação de residência.²
- **Localização do prontuário:** permite vincular o número do cartão ao número do prontuário do usuário naquele estabelecimento de saúde.
- **Registro do profissional e do estabelecimento de saúde** que está realizando o atendimento.
- **Registro do atendimento realizado**, identificando: *natureza da procura* (para que o usuário procurou o serviço); a vinculação a alguma *ação programática* (p. ex.: o usuário está inscrito no programa de controle da diabetes); *procedimento realizado* (p. ex.: consulta de pediatria, aplicação de vacina, consulta de psicologia, curativo etc.); *diagnóstico(s)* somente para os casos de consultas médicas; *medicamento(s) prescrito(s)* somente para os casos de consultas médicas; *procedimento(s) solicitado(s)* (p. ex.: exames laboratoriais, consultas especializadas, terapias especializadas etc.) e encaminhamento(s) resultante(s) do atendimento (p. ex.: solicitação de retorno do usuário, encaminhamento para internação hospitalar etc.).
- **Agendamento local de consultas e exames laboratoriais:** quando o médico solicita o retorno do paciente para nova consulta e/ou a realização de exames laboratoriais o sistema permite que os mesmos sejam agendados. Para o agendamento de exames é necessário que o TAS seja configurado com o número de exames disponíveis para serem solicitados por aquele estabelecimento de saúde.
- **Agendamento remoto de consultas e/ou exames:** para os municípios que contam com sistema informatizado para marcação de consultas e exames, o TAS pode solicitar, através do servidor municipal, que uma consulta seja agendada, resultando na emissão de um boleto com os dados sobre o agendamento feito.
- **Registro da execução de exames laboratoriais:** pressupõe a localização de um TAS nas unidades prestadoras desses serviços. O usuário recebe um boleto na coleta informando sobre o exame que está sendo realizado. Funciona como um protocolo para a posterior retirada do resultado.

² Cabe ressaltar que na tarja magnética estão gravados apenas esses dados, os demais estão arquivados no banco de dados residente no servidor e podem ser consultados quando necessário.

Semelhante à funcionalidade da farmácia, quando for o caso, o usuário recebe um boleto informando sobre os exames que ficaram como 'saldo'.

- **Notificação de doenças compulsórias:** nos casos de doenças de notificação obrigatória o sistema emite para o servidor uma mensagem informando que um caso foi detectado. Também alerta (através de mensagem na tela) ao profissional que está registrando o evento que o mesmo deve verificar com o usuário se o seus dados de endereço estão atualizados, já que estes são fundamentais para os casos que necessitam de investigação.
- **Dispensação (entrega) de medicamentos:** essa função depende da disponibilidade do TAS na farmácia do estabelecimento de saúde. Nesse caso, o paciente apresenta a receita, é registrado o pedido e o que, efetivamente, foi dispensado. Ao final é emitido um boleto com o 'saldo' da dispensação. Por exemplo: o usuário tinha uma receita para 30 comprimidos de um medicamento X, foram fornecidos apenas 10 – ele recebe um boleto informando que ele ainda tem a receber 20 comprimidos. Ele pode retornar, em outro momento, à mesma unidade ou procurar outro serviço para obter o saldo a que ele tem direito.
- **Emissão de boletos:** o TAS permite a emissão de diversos tipos de boletos que podem funcionar como um 'relatório' sobre o atendimento e/ou um 'documento' que permite o encaminhamento do usuário para realização de outros procedimentos. Por exemplo: a função de agendamento local permite a emissão de um boleto para o usuário informando a data e a hora do retorno; pode ser emitido um boleto com o agendamento solicitando a realização de exames laboratoriais; podem ser emitidos boletos que trazem informações sobre os últimos atendimentos procurados pelo usuário etc. Esses boletos também podem ser extratos sobre os atendimentos realizados por cada profissional ou pelo estabelecimento de saúde. Alguns exemplos dos boletos emitidos pelo sistema podem ser vistos a seguir:

Exemplo de boleto resumo de atendimento ambulatorial (01) e de boleto de solicitação de serviços (02):

 **S.U.S**
Sistema Único de Saúde

CIDADE DE ARACAJU
UPS: CENTRO MEDICO AMBULATORIAL CENTRAL
END: Rua das Almas 5432 Jardim Centro
Cartao: 000010262600606 N: 23/06/1952 S: M
JOSE PASSOS

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ID 74335.23390.43254

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

1.----- QTD____
2.----- QTD____

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

1.----- QTD____
2.----- QTD____
3.----- QTD____
4.----- QTD____

MEDICAMENTOS

1.----- QTD____
2.----- QTD____

DIAGNOSTICOS

1- ----- 2- -----


PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS

PERDA ----- ORIGEM -----

ENCAMINHAMENTOS -----

PROFISSIONAL -----

TAS: T2602902000001W 21/12/2000 13:08

 **S.U.S**
Sistema Único de Saúde

CIDADE DE ARACAJU
UPS: CENTRO MEDICO AMBULATORIAL CENTRAL
END: Rua das Almas 5432 Jardim Centro
Cartao: 000010262600606 N: 23/06/1952 S: M
JOSE PASSOS

SOLICITAÇÃO PROCEDIMENTOS

0701255 - Consulta de Cardiologia

Marcada para __ __ __ __ as ____ hs


No -----

End -----

Numero de protocolo -----

TAS: T2602902000001W 21/12/2000 13:08

Exemplo de boleto de solitação de entrega de medicamentos (01) e de boleto com protocolo de entrega e saldo de medicamento não entregue (02):

 <p>S.U.S Sistema Único de Saúde</p> <p>CIDADE DE ARACAJU UPS: CENTRO MEDICO AMBULATORIAL CENTRAL END: Rua das Almas 5432 Jardim Centro Cartao: 000010262600606 N: 23/06/1952 S: M JOSE PASSOS</p> <p>ID 74335.23390.43254</p> <p>SOLICITAÇÃO ENTREGA DE MEDICAMENTOS</p> <table border="0"> <tr> <td>04080002 - Captopril</td> <td>50 mg cprs</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>12040001 - Verapamil</td> <td>120 mg cprs</td> <td>14</td> </tr> </table> <p>TAS: T2602902000001W 21/12/2000 13:08</p> <p>UTILIZE SEMPRE QUE POSSIVEL UM POSTO DE SAUDE PROXIMO DE SUA CASA OU TRABALHO. SE NECESSARIO ELE O ENCAMINHARA</p>	04080002 - Captopril	50 mg cprs	21	12040001 - Verapamil	120 mg cprs	14	 <p>S.U.S Sistema Único de Saúde</p> <p>CIDADE DE ARACAJU UPS: CENTRO MEDICO AMBULATORIAL CENTRAL END: Rua das Almas 5432 Jardim Centro Cartao: 000010262600606 N: 23/06/1952 S: M JOSE PASSOS</p> <p>ID 74335.23390.43254</p> <p>PROTOCOLO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS</p> <table border="0"> <tr> <td>04080002 - Ampicilina</td> <td>500 mg drgs</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>12040001 - Cimetidina</td> <td></td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>09040001 - Furosemida</td> <td>40 mg cprs</td> <td>30</td> </tr> </table> <p>SALDO PARA ENTREGA POSTERIOR</p> <table border="0"> <tr> <td>04080002 - Ampicilina</td> <td>500 mg drgs</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>12040001 - Cimetidina</td> <td></td> <td>15</td> </tr> </table> <p>TAS: T2602902000001W 21/12/2000 13:08</p> <p>Assinatura do Paciente pelo recebimento</p> <p>UTILIZE MEDICAMENTOS GENERICOS.ELES SAO GARANTIDOS PELO MINISTERIO DA SAUDE E CUSTAM EM ALGUNS CASOS ATÉ 70% MENOS</p>	04080002 - Ampicilina	500 mg drgs	10	12040001 - Cimetidina		21	09040001 - Furosemida	40 mg cprs	30	04080002 - Ampicilina	500 mg drgs	11	12040001 - Cimetidina		15
04080002 - Captopril	50 mg cprs	21																				
12040001 - Verapamil	120 mg cprs	14																				
04080002 - Ampicilina	500 mg drgs	10																				
12040001 - Cimetidina		21																				
09040001 - Furosemida	40 mg cprs	30																				
04080002 - Ampicilina	500 mg drgs	11																				
12040001 - Cimetidina		15																				

As funções dos níveis superiores do sistema (servidor municipal, concentrador, estadual e federal) podem ser sintetizadas em duas:

- **administração dos TAS:** isto é, todos os TAS são identificados com um número único nacional e podem ser parametrizados ou configurados, de tal forma que o gestor municipal pode determinar que funções podem ser executadas por cada um dos TAS. Por exemplo: o gestor pode definir que procedimentos ou não podem ser solicitados por um determinado TAS – determinados TAS podem solicitar exames de ressonância magnética, outros não;
- **emissão de relatórios:** o sistema trabalha com relatórios pré-formatados, isto é, que podem ser automaticamente emitidos (Ex.: o boletim de produção ambulatorial que informa a produção de cada estabelecimento de saúde por tipo de procedimento realizado). Trabalha também com uma ferramenta de informática que permite a emissão de relatórios que não foram previamente definidos (Ex.: em um dado momento, o gestor quer saber quantos diabéticos fizeram eletrocardiograma nos últimos três meses).

Toda a operação do sistema é baseada em tabelas residentes, o que facilita a coleta da informação, simplificando a operação do sistema, e contribui para a definição de padrões de informações em saúde. As tabelas utilizadas pelo sistema, disponíveis no *site* do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br), são:

- Ações Programáticas Abreviada Cartão SUS - Tabela de Ações Programáticas de Abrangência Nacional
- Ações Programáticas Cartão SUS - Tabela de Ações Programáticas de Abrangência Nacional
- APAC - Cartão SUS - Tabela APAC
- Aposentados Cartão SUS - Tabela de Aposentados usando a CBO-R 22
- Caráter de Internação - Cartão SUS - Tabela de Caráter da Internação
- Classificação dos Serviços Cartão SUS - Tabela de Classificação de Serviços
- Condição de Alta Cartão SUS - Tabela de Condição de Alta da Internação
- Deficiências Cartão SUS - Tabela de Deficiência Funcional
- Descrição resumo das tabelas e cadastro em uso no Projeto Cartão Nacional de Saúde
- Doenças e Agravos de Notificação Cartão SUS - Tabela de Doenças e Agravos do SINAN
- Encaminhamentos Cartão SUS - Tabela de Encaminhamento
- Escolaridade abreviada Cartão SUS - Tabela de Escolaridade abreviada
- Escolaridade Cartão SUS - Tabela de Escolaridade
- Esfera Administrativa Cartão SUS - Tabela de Esfera Administrativa
- Eventos pós-vacina de eventos adversos pós-vacina
- Logradouros Cartão SUS - Tabela de Logradouros
- Medicamentos Cartão SUS - Tabela de Medicamentos
- Motivo de Cancelamento Cartão SUS - Tabela de Motivo de Cancelamento de Consulta Agendada
- Motivo de não Realização Cartão SUS - Tabela de Motivo de Não Realização do Atendimento

- Municípios Cartão SUS - Tabela de Municípios
- Nacionalidades Cartão SUS - Tabela de países
- Natureza da Organização Cartão SUS - Tabela de Natureza da Organização (Natureza Jurídica)
- Natureza da Proc. Abreviada Cartão SUS - Tabela de Natureza da Procura Abreviada
- Natureza da Procura Cartão SUS - Tabela de Natureza da Procura
- Nível de Hierarquia Cartão SUS - Tabela de Nível de Hierarquia
- Ocupação CBO-S Cartão SUS - Tabela CBO-S
- Órgão Emissor - Cartão SUS - Tabela de Órgão Emissor de Documento de Identidade
- Padronização de abreviatura de nomes Cartão SUS - Tabela de Padronização de Títulos, Patentes e Outros
- Profissões CBO-R Cartão SUS - Tabela de Ocupações CBO-R
- RaçaCor Cartão SUS - Tabela de RaçaCor
- Remédios Cartão SUS - Tabela de Remédios
- Serviços Componentes Cartão SUS - Tabela de Serviços Componentes das Unidades de Saúde
- Sexo Cartão SUS - Tabela de Sexo
- Situação Familiar e Conjugal Cartão SUS - Tabela de Situação Familiar e Conjugal
- Tipo de Certidão Cartão SUS - Tabela de Tipo de Certidão
- Tipo de Óbito Cartão SUS - Tabela de Tipo de Óbito
- Tipo de Parto Cartão SUS - Tipo de Parto
- Tipos de Unidades Cartão SUS - Tabela de Tipos de Unidades

PRINCÍPIOS GERAIS DO SISTEMA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

- Qualquer informação identificadora ou diretamente correlacionada com os usuários, decorrente da utilização do Cartão, é considerada confidencial e sujeita às normas éticas que regulam o acesso aos prontuários médicos e o seu uso, bem como às sanções legais, civis, administrativas e penais se comprovada a quebra de sigilo.
- O cidadão não poderá ser coagido ou ter negado seu acesso aos serviços de saúde por não estar de posse do Cartão.
- Os sistemas de informática e bases de dados, direta e indiretamente relacionados ao Cartão Nacional de Saúde, devem ser administrados pelos gestores públicos de saúde nas três esferas de governo e/ou estar sob sua coordenação e responsabilidade.
- O Cartão Nacional de Saúde, assim como os sistemas de informática e equipamentos a ele relacionados devem ser considerados como estratégias e instrumentos de apoio à plena implementação do SUS, sendo resultado dos investimentos públicos já realizados para o fornecimento de informações necessárias à gestão.
- O Cartão Nacional de Saúde deve contribuir para a manutenção e aperfeiçoamento dos sistemas de informações de base nacional e para incrementar a utilização dos sistemas gerenciais de estabelecimentos de saúde, de sistemas para a regulação de internações e de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade.

COMO OS MUNICÍPIOS PODEM SE HABILITAR PARA A IMPLANTAÇÃO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

A atual fase de implantação do projeto Cartão tem seu término estimado para o meados do segundo semestre de 2001 e o Ministério da Saúde discute, em conjunto com estados e municípios, critérios para expansão do projeto.

No projeto piloto do Cartão Nacional de Saúde já foi adquirida parte da infra-estrutura e do desenvolvimento de *software* necessários para a implantação do projeto em todo o território nacional. Ao mesmo tempo, a disponibilização de recursos do Fundo de Universalização de Serviços de Telecomunicações (FUST) para a área de saúde contribui para que o Ministério da Saúde e os gestores do SUS, nas esferas estadual e municipal, possam agora iniciar a ampliação do processo de implantação do sistema para o conjunto dos municípios brasileiros.

A expansão do Cartão Nacional de Saúde prevê as seguintes atividades:

- cadastramento de população em âmbito nacional (processo já em curso, discutido em texto específico da presente publicação);
- (re) cadastramento de profissionais de saúde e de unidades de saúde (processo coordenado pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde – SAS/MS – e pelas Secretarias Estaduais de Saúde);
- aquisição de cartões de identificação;
- aquisição de equipamentos terminais e de conectividade;
- aquisição de *sites* municipais/regionais;
- adequação dos *softwares* desenvolvidos para o projeto piloto;
- treinamento;
- processo de implantação.

Os cenários de tecnologia para o processo de expansão estão em discussão no âmbito do Ministério da Saúde e dos gestores estaduais e municipais de saúde. Dentre os princípios a serem considerados, destacam-se: requisitos de segurança, desempenho, flexibilidade, capacidade de operacionalização e custos.

A aquisição dos cartões magnéticos de identificação dos usuários será feita pelo Ministério da Saúde, com recursos do Tesouro Nacional, como forma de garantir preços mais competitivos e o *layout* nacional do Cartão. Este processo já está em curso e deve ser concomitante com o cadastramento de usuários.

O financiamento da infra-estrutura de informática e comunicação necessários à implantação do Cartão Nacional de Saúde será parcialmente financiado com recursos do FUST. Este fundo é formado por 1% dos recursos do faturamento das concessionárias de telecomunicações e por 40% dos recursos de concessões na área de telecomunicações.

Cabe ao FUST o financiamento do conjunto dos equipamentos terminais e a manutenção das demandas de comunicação próprias do sistema. Ou seja, o FUST financia inclusive as despesas de telefonia necessárias à operação do Cartão. No FUST também está previsto o financiamento de ações nas áreas de saúde da família e as centrais de regulação e de transplante.

As formas de financiamento definidas pelo FUST são diferentes daquelas usualmente utilizadas na área de saúde. Não serão repassados recursos para os municípios e estados e nem mesmo para o Ministério da Saúde. Cabe aos gestores

do SUS definir o formato dos serviços a serem contratados e a contratação é feita pela Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL).

Em relação aos equipamentos servidores ou *sites* municipais/regionais, o treinamento e a adequação de *softwares*, o financiamento também será garantido pelo Ministério da Saúde, segundo o desenho de tecnologia definido pelos gestores do SUS.

ONDE OBTER MAIORES INFORMAÇÕES SOBRE O SISTEMA

Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde
Departamento de Gerenciamento de Investimentos
Cartão Nacional de Saúde
Esplanada dos Ministérios - Bloco G - 8º andar
Telefone: (061) 315-3293 ou 315-2774

Contato por e-mail:

Endereço geral do Projeto: cartao.sus@saude.gov.br

Grupos de trabalho:

- Cadastramento: cns.cadastramento@saude.gov.br
- Tecnologia: cns.desenvolvimento@saude.gov.br
- Treinamento: cns.treinamento@saude.gov.br
- Implantação: cns.implantacao@saude.gov.br

Na internet: <http://www.saude.gov.br>

DIRETRIZES PARA O CADASTRAMENTO NACIONAL DE USUÁRIOS DO SUS

Brasil. Ministério da Saúde.

Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde.

Departamento de Gerenciamento de Investimentos em Saúde*



INTRODUÇÃO

A Portaria GM/MS nº 17, publicada em 4/1/2001 e republicada em 13/2/2001, institui o Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e regulamenta sua implantação.¹

Cabe ao gestor municipal, mediante adesão, organizar o processo de cadastramento em sua área de atuação, com o objetivo de criar o Cadastro Nacional de Usuários do SUS, que, por sua vez, possibilitará a implantação do Cartão Nacional de Saúde.

O Cartão Nacional de Saúde, uma vez implantado, fortalecerá a consolidação do SUS, gerando ferramentas gerenciais em todos os níveis do sistema e facilitando o processo de assistência, individual e coletiva, ao usuário.

O processo de cadastramento não se resume à identificação dos usuários, mas também inclui a caracterização do domicílio onde estes usuários estão situados. Este relacionamento entre o espaço geográfico e social do domicílio e o indivíduo vem ao encontro das diretrizes do próprio SUS, tornando possível a caracterização da demanda e a definição de áreas de abrangência de cada serviço de saúde, a vinculação da clientela, a regionalização da assistência e a organização dos fluxos de referência e contra-referência.

UTILIDADES A CURTO PRAZO

- **Individualização de Procedimentos** - hoje, apenas os procedimentos hospitalares e alguns procedimentos ambulatoriais de alta complexidade têm registro individualizado. Com isso, não se identificam os nomes dos

* Os autores deste texto optaram por creditar a autoria ao Ministério da Saúde.

¹ A Portaria nº 17/2001 está publicada em *Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais*.

usuários na maioria dos procedimentos ambulatoriais, gerando problemas na avaliação do impacto de ações programáticas e no fornecimento de insumos e serviços.

Desse modo, não há como identificar se determinado procedimento está sendo realizado repetidamente pelo mesmo usuário, ou se efetivamente o número de procedimentos realizados corresponde ao número de usuários beneficiados. Com a individualização dos procedimentos, o gestor municipal ganha meios para, segundo critérios e prioridades locais, analisar o impacto e a cobertura de programas e serviços oferecidos à população, bem como organizar melhor a assistência, definindo serviços de referência intra e intermunicipais, fixando metas e estabelecendo indicadores de acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde.

- **Vigilância em Saúde** – o Cadastro Nacional potencializa a orientação da intervenção no município a partir do enfoque de vigilância em saúde, na medida em que vincula os indivíduos e seus núcleos familiares ao espaço geográfico e social, permitindo o estabelecimento de associações entre danos, riscos e determinantes em saúde.
- **Atenção Básica** – o cadastramento de indivíduos e domicílios será utilizado pelo SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica) como o cadastro base para a organização dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PACS/PSF), podendo ser utilizado também para o planejamento e organização de serviços de saúde voltados à atenção básica com outros modelos assistenciais.
- **Integração dos Sistemas** – a universalização do Cartão Nacional de Saúde possibilitará a articulação dos sistemas de base nacional (SIM, SINASC, SIA-SUS, SIH-SUS, SINAN, SISVAN, SIAB, SI-PNI etc.), para que, por meio do número do PIS-PASEP a ser gerado pela Caixa Econômica Federal para cada cadastro de indivíduo, sejam relacionadas as informações de maneira individualizada. Caso haja disponibilidade de sistemas locais, estes também poderão se relacionar com o Cadastro.
- **Dados Individuais** – o Cadastro Nacional favorece a elaboração, implantação e análise do impacto de protocolos clínicos em cada indivíduo, bem como a obtenção dos históricos de assistência de qualquer usuário.

TERMO DE ADESÃO

O Termo de Adesão Municipal ao Cadastro Nacional de Usuários (Anexo 1), instituído pela Portaria SE/SIS nº 39, de 19 de abril de 2001 e publicada em 26 de abril de 2001,² configura a participação do município no processo de cadastramento.

Para formalizar a adesão, o município deverá discriminar as seguintes informações:

- condição de gestão do município;
- população do município, segundo censo demográfico IBGE/2000;
- população coberta pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e/ou Programa de Saúde da Família (PSF);
- meta de população a ser cadastrada, nunca inferior a 60% (sessenta por cento) do total;
- estratégias propostas para o cadastramento/recursos humanos a serem utilizados;
- responsável pela coordenação do cadastramento no município.

No ato de assinatura do termo de adesão, o gestor se comprometerá com o sigilo e a utilização correta dos dados, bem como com a entrega do cartão aos usuários.

Mesmo com a alternativa da terceirização do processo de cadastramento, por meio da contratação de empresa para a realização da atividade, a responsabilidade pelo processo é do gestor local. A interlocução entre as secretarias municipais, estaduais e a equipe do Cartão Nacional de Saúde deverá ser feita através do responsável pela coordenação do cadastramento no município, vinculados à estrutura da Secretaria Municipal de Saúde.

O termo de adesão, após preenchimento pelo município, deverá ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde para assinatura do gestor estadual. Após ciência e assinatura, deverá ser encaminhado *pela Secretaria Estadual* para:

Ministério da Saúde
 Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde
 Departamento de Gerenciamento de Investimentos
 Cartão Nacional de Saúde
 Esplanada dos Ministérios - Bloco G
 Edifício Sede - 8º Andar
 CEP 70058-900 - Brasília - DF

² A Portaria nº 39/2001 está publicada em *Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais*.

PROCESSO DE CADASTRAMENTO

O município deve realizar o cadastramento de todos os seus habitantes, utilizando o formulário definido na Portaria nº 17/2001.

Dos princípios e diretrizes que norteiam o processo de cadastramento, destacam-se: a universalidade, a unicidade do sistema e o seu caráter domiciliar, que propiciam confiabilidade, qualidade, humanização do processo e asseguram a base nacional integradora das políticas em curso na área da saúde.

A formulação do processo nacional de cadastramento baseou-se em duas largas experiências de âmbito nacional:

- cadastramento da população-alvo (cerca de 13 milhões de pessoas) para o primeiro ciclo do projeto de implantação do Cartão Nacional de Saúde, em 44 municípios;
- cadastramento das famílias das áreas de abrangência do PACS/PSF, que abrange mais de 10 milhões de famílias cadastradas.

A análise crítica e criteriosa dessas duas experiências foi fundamental tanto para a definição da estratégia a ser adotada quanto para a proposição dos aspectos operacionais do cadastramento único, universal e de âmbito nacional, a ser implementado em todos os municípios que integram a rede de serviços do SUS, independente do modelo assistencial vigente. Nesse sentido, foram feitos os ajustes nos formulários de cadastramento e nos sistemas de informação através dos quais serão alimentados os dados – Sistema Cartão Nacional de Saúde e Sistema de Informação da Atenção Básica.

O cadastramento deve ser de *base domiciliar*, de forma a:

- assegurar a qualidade dos dados coletados (a ocorrência de erros e inconsistências têm sido bem menores quando o cadastramento é realizado em base domiciliar);
- facilitar a distribuição dos Cartões Nacionais de Saúde depois de sua emissão, através da identificação correta do endereçamento e de outras informações importantes para a localização do usuário para a entrega dos cartões;
- induzir a organização das ações desenvolvidas pelas Unidades de Saúde, ao permitir a definição de áreas de abrangência e a adscrição de clientela no curso do processo de mapeamento ou territorialização do município;

- permitir a vinculação do indivíduo ao domicílio, favorecendo a realização de atividades de âmbito coletivo, tais como busca ativa de comunicantes de doenças infecciosas, bloqueio vacinal etc.;
- favorecer o diagnóstico das condições de vida da população residente, permitindo o estabelecimento de correlações entre estas e determinantes dos problemas de saúde identificados na população.

Em um primeiro momento, o processo de cadastramento busca agregar o máximo possível de usuários, representando a carga inicial de informações no sistema. O processo, no entanto, é permanente e dinâmico, seja pela absorção de novos contingentes populacionais, com os nascimentos, ou pela alteração permanente de dados cadastrais, conforme ocorram mudanças de dados pessoais ou de domicílio.

Portanto, o planejamento local de cadastramento, em sua fase inicial, deve levar em conta as funções que o cadastro terá após sua elaboração, carecendo de uma preparação do sistema municipal de saúde, da organização geográfica do município e da equipe que executará as atividades.

Deve-se também considerar que o cadastramento passa a ser atividade permanente dos serviços de saúde, seja através de mudanças no cadastro inicial, ou através da agregação de novos indivíduos, podendo estar integrado a outros programas da área social, como o Bolsa Escola e o Bolsa Alimentação.

O município pode, se assim optar, agregar ao formulário e à base de dados outros conteúdos, desde que não haja qualquer alteração no formato das informações, conforme definido na Portaria nº 17/2001, tanto no que diz respeito ao formulário quanto à base de dados enviada ao DATASUS. Para tanto, o sistema e o formulário contam com um campo de *Uso Municipal*. Esse campo pode ser empregado, pelo município, para vincular sistemas locais ao cadastro de indivíduos e domicílios, tais como sistemas de georreferenciamento ou outros sistemas de interesse local.

Informações adicionais podem ser incluídas, desde que não produzam quaisquer alterações nos conceitos ou nos formatos das informações solicitadas, pela dificuldade em compatibilizar, na base nacional, particularidades de sistemas municipais.

Não serão aceitas quaisquer alterações nos conceitos ou nos formatos das informações solicitadas, pela dificuldade em compatibilizar, na base nacional, particularidades de sistemas municipais. Informações adicionais devem ser trabalhadas pelo município.

ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO GEOGRÁFICO

Com base nos princípios do SUS, em que se busca a organização do sistema de saúde por níveis de competência e com base territorial, o processo de cadastramento deve ser orientado como organizador do espaço.

Há diversas experiências municipais de organização do espaço geográfico, seja com a utilização de sistemas locais de referência geográfica, seja com a utilização de sistemas nacionais, como o sistema censitário, elaborado pelo IBGE, ou o sistema de organização do espaço em segmentos, áreas e microáreas, utilizado pelos PSF e PACS.

O Sistema Nacional de Cadastro de Usuários e Domicílios do SUS permite a adaptação de sistemas geográficos ou de codificação ao cadastramento, uma vez que há campos de preenchimento para esta vinculação.

No caso de áreas cobertas pelo PSF ou PACS, os formulários devem ser preenchidos com as codificações referentes ao agente comunitário de saúde responsável pelo domicílio, ao segmento, área e microárea, conforme já utilizado no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Estes campos podem, de forma opcional, ser utilizados pelo município para a classificação de áreas não cobertas pelo PACS/PSF.

Portanto, é necessário o envolvimento dos agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família no processo de cadastramento, uma vez que seus instrumentos de trabalho serão adaptados ao Cadastro Nacional de Usuários do SUS, e sua dinâmica de trabalho já desenvolve atividades de visita domiciliar rotineira. Além disso, o vínculo que se estabelece entre a equipe de saúde da família e a população atendida favorecerá a adesão dos usuários ao cadastramento.

Há também no formulário um campo de *Uso Municipal*, que pode ser utilizado, a critério do município, como campo relacional com sistemas locais de referência geográfica já existentes, ou como campo de classificação geográfica segundo critérios locais. Uma alternativa disponível é a divisão territorial em setores censitários, elaborada e utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na realização do censo populacional de 2000. A correlação entre a base geográfica do cadastramento municipal e os setores censitários, permite, inclusive, a análise entre os dados produzidos através do Cadastro Nacional de Usuários e os provenientes do censo populacional e outros estudos realizados com base populacional.

Fazendo opção pelo sistema de setores censitários, do IBGE, para organização do espaço geográfico, o município deverá solicitar ao escritório

regional do IBGE, localizado no respectivo estado, as informações necessárias para operacionalizar suas atividades. Já existe uma negociação entre o Ministério da Saúde e o IBGE no sentido de uma ação conjunta entre os dois órgãos no cadastramento.

ORGANIZAÇÃO DO CADASTRO

No processo de cadastramento, os domicílios cadastrados devem ser organizados em grupos de no máximo 150 domicílios. Para facilitar a organização, é indicado que cada cadastrador seja responsável por determinada área geográfica, o que facilitará o processo de devolução dos cartões.

Caso haja, dentro do mesmo município, áreas cobertas pelo PACS e/ou pelo PSF e áreas não cobertas, elas devem ser organizadas em lotes diferentes.

Os formulários preenchidos devem estar disponíveis no município durante todo o processo, uma vez que os sistemas de crítica podem, a qualquer momento, requerer correções.

No caso dos domicílios cobertos pelo PACS/PSF, os formulários estarão sendo utilizados cotidianamente pelos agentes comunitários de saúde e pelas equipes de saúde da família, nas visitas mensais preconizadas pelos programas.

EQUIPE DE TRABALHO

A equipe de trabalho que realizará o cadastramento deverá ser definida pelo município. Uma vez que o processo busca fortalecer os vínculos entre os serviços de saúde, suas áreas de abrangência e a população adscrita a cada serviço, é recomendável o envolvimento dos profissionais de saúde no processo.

O cadastro não é um processo único, uma vez que, após o ato inicial de visitação, estará submetido a críticas em todos os níveis de processamento, podendo ser necessária a complementação ou retificação de informações. Logo, a identificação dos cadastradores e a sua vinculação e responsabilidade por determinada área territorial e grupo de domicílios deve ser bem definida, para facilitar todo o processo.

Deve-se também observar que todas as áreas do município sejam cobertas pela equipe de cadastradores.

Os componentes da equipe de trabalho devem incluir, pelo menos:

- **coordenador** – técnico indicado pelo gestor municipal, que fará o acompanhamento do processo e as interlocuções necessárias;
- **operadores** – responsáveis pela alimentação do aplicativo, devendo ser definidos a critério de cada município;
- **supervisores** – responsáveis pelo acompanhamento das ações de cadastramento. Encarregam-se da crítica inicial e aprovação do cadastro efetuado e encaminhamento do mesmo para digitação;
- **cadastradores** – responsáveis pelo trabalho de campo. Cada cadastrador deverá cuidar de uma determinada área territorial e um número definido de domicílios.

Estima-se que cada cadastrador tenha uma produtividade média de 15 (quinze) visitas domiciliares por dia, e que haja sucesso no cadastro em aproximadamente 70% destes domicílios (em torno de 10 domicílios cadastrados/dia, ou seja, aproximadamente 40 usuários/dia).

Quanto ao processamento dos cadastros, a estimativa é que cada formulário seja digitado em 1 (um) minuto.

O projeto piloto do Cartão Nacional de Saúde, desenvolvido em 44 municípios, apresentou diversas metodologias para o cadastramento de indivíduos, uma vez que coube a cada município definir sua estratégia. Destaca-se, pela eficiência, o trabalho desenvolvido em alguns municípios por pessoal com experiência em recenseamento. Nesses casos, os municípios obtiveram o cadastro de pessoal utilizado pelo IBGE e contrataram esses profissionais, após seleção, para realizar o cadastramento através de visita domiciliar.

Nas áreas cobertas pelos PACS e PSF, o cadastro é de responsabilidade das equipes dos programas.

CRÍTICA

Para que haja sucesso no cadastramento, com a geração de número e posterior emissão do Cartão Nacional de Saúde, é necessário haver consistência no preenchimento dos formulários, conforme as orientações contidas no Manual de Cadastramento de Usuários do SUS.

A lógica do processo de crítica é que o maior número de problemas seja identificado no nível local.

Desta forma, o primeiro momento de crítica corresponde ao ato de verificação, pelo supervisor, do preenchimento adequado dos formulários, e envio dos mesmos para digitação.

A segunda etapa de crítica ocorre na digitação, pois o aplicativo conterà diversas rotinas de crítica, que irão emitir mensagens de erro ou de advertência para correção de dados com formato inadequado ou pouco freqüente.

O aplicativo está sendo desenvolvido de maneira que ele possa ser utilizado em rede ou em microcomputadores desconectados.

Os dados serão enviados ao DATASUS após concentração em um único microcomputador. Neste momento, será realizado o terceiro processo de crítica, onde se verificarão duplicidades de cadastros.

Após o envio, outros processos de crítica serão realizados pelo DATASUS e pela Caixa Econômica Federal, e os erros porventura detectados serão comunicados aos municípios para correção.

CAPACITAÇÃO PARA O CADASTRAMENTO

Para a obtenção de bons resultados no processo de cadastramento, é necessário que o pessoal envolvido esteja capacitado, tanto para as atividades de campo quanto para a supervisão e processamento dos formulários preenchidos.

Para tanto, sugere-se o aproveitamento de pessoal que já tenha estado envolvido em atividades similares, sendo imprescindível a realização de capacitação específica para o cadastramento da área de saúde.

As secretarias estaduais de Saúde serão responsáveis pelo processo de treinamento das equipes municipais que capacitarão os recursos humanos envolvidos no cadastramento local. Sugere-se que participem da organização destas atividades representantes das Escolas Técnicas de Saúde, DATASUS, IBGE, COSEMS dos estados, universidades, pólos de capacitação do PACS/PSF, dentre outros.

DIVULGAÇÃO

Uma vez que a dinâmica de cadastramento consiste em visitação domiciliar, a divulgação é estratégica para o sucesso das atividades, considerando que a recepção ao cadastrador dependerá do interesse do usuário em ser cadastrado e, futuramente, em receber o Cartão Nacional de Saúde.

Além das ações de divulgação nacionais, com o uso de meios de comunicação, produção de material publicitário e distribuição para todos os estados e municípios, é necessária a definição de estratégias locais, de acordo com as particularidades regionais.

Para isso, deve-se procurar o envolvimento de outros setores da administração pública, dos profissionais de saúde, entidades prestadoras de serviço, organizações não-governamentais, usuários e conselheiros, promovendo uma mobilização da sociedade em torno da atividade.

ACOMPANHAMENTO DO CADASTRAMENTO

No ato de assinatura do Termo de Adesão, o gestor define uma meta de habitantes cadastrados a cada período de tempo.

Após o início do processo, os supervisores locais e o coordenador devem promover o acompanhamento periódico. Sugerimos a utilização de indicadores de acompanhamento, dentre os quais listamos alguns exemplos:

- número de usuários cadastrados/número de domicílios cadastrados,
- número de usuários cadastrados do sexo masculino/total de usuários cadastrados,
- número de domicílios cadastrados/número de domicílios estimados (utilizar bases preexistentes, como setor censitário, cadastro do PACS/PSF, cadastro municipal),
- número de usuários cadastrados/população residente segundo censo demográfico de 2000,
- número de domicílios cadastrados por cadastrador/dias trabalhados
- número de domicílios cadastrados por cadastrados/total de domicílios cadastrados.

Além da análise global do processo de cadastramento, em cada etapa deve ser feita a crítica dos formulários, verificando-se:

- padronização dos conceitos conforme o Manual de Cadastramento de Usuários do SUS,
- utilização correta dos conceitos pelos diferentes cadastradores,
- preenchimento adequado de todos os campos, conforme tabelas de referência.

Essa avaliação pode ser feita através da observação de distorções de preenchimento entre os diversos cadastradores em atividade.

Todos os processos de crítica, análise, supervisão e controle objetivam a redução do número de cadastros não válidos, uma vez que o retorno ao trabalho de campo será elemento gerador de dificuldades para o trabalho e de aumento de custos.

RESPONSABILIDADE LEGAL

O Ministério da Saúde, os estados e os municípios, através de seus órgãos da administração direta, das entidades, órgãos e instituições da administração indireta, autárquica e/ou fundacional e das entidades, órgãos, instituições e organizações vinculadas, coordenadas e/ou supervisionadas, comprometem-se a não divulgar, sob nenhuma forma, meio (eletrônico, magnético, impresso e audiovisual) ou suporte (cartão, disquete, CD, fitas magnéticas, e-mail, papel, fita cassete ou de vídeo) os cadastros e/ou arquivos referentes às unidades de saúde, aos profissionais de saúde e aos usuários do SUS, que vierem a ter acesso por intermédio do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais de Saúde, das secretarias municipais de Saúde e das empresas contratadas ou subcontratadas para o projeto de implantação do Cartão Nacional de Saúde. Também se responsabilizam pelo arquivamento, guarda e segurança desses cadastros e arquivos e das senhas que permitem seu acesso, de maneira a impedir a divulgação sob pena de o responsável pelo não cumprimento de alguma dessas obrigações incorrer nas penas da Lei 8.112 (Artigos 116, 117, 121 a 126 e 132) e do Artigo 154 do Código Penal.

FINANCIAMENTO

Os municípios executores do cadastramento serão remunerados da seguinte forma:

- novos cadastros de usuários – R\$ 0,50 (cinquenta centavos) para cada cadastro válido;
- adequação de cadastros do PACS/PSF ou similares – R\$ 0,20 (vinte centavos) para cada cadastro válido.

Em ambos os casos, a remuneração será liberada após a validação do cadastro pela Caixa Econômica Federal.

O município, mediante assinatura do termo de adesão, receberá 15% (quinze por cento) do total dos recursos financeiros, definidos de acordo com a estimativa populacional informada no termo.

Estes recursos serão transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde para a conta Piso Assistencial Básico (PAB) de cada município. Caso o município não realize o cadastramento de, pelo menos 15% (quinze por cento) de sua meta, no período de 4 (quatro) meses após o recebimento dos recursos, os valores serão deduzidos do PAB do município.

CONTATOS

Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde
Departamento de Gerenciamento de Investimentos
Projeto Cartão Nacional de Saúde
Esplanada dos Ministérios – Bloco G – 8º andar
Telefone: (061) 325-2069
Fax: (061) 315-2774
E-mail: cns.cadastramento@saude.gov.br
Internet: <http://www.saude.gov.br>

ANEXO I

TERMO DE ADESÃO MUNICIPAL AO CADASTRAMENTO
NACIONAL DE USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

1.1. Nome _____ 1.2. Código IBGE _____ 1.3. UF _____
 1.4. Condição de gestão () Plena da Atenção Básica () Plena do Sistema Municipal

2. DADOS DEMOGRÁFICOS

2.1. Número total de habitantes (segundo censo demográfico IBGE 2000)
 2.2. Estimativa de população coberta pelo PACS e/ou PSF

3. ESTIMATIVA DE POPULAÇÃO A SER CADASTRADA

(considerando cadastro realizado, digitado e enviado ao Ministério da Saúde)

	População coberta pelo PACS e/ou PSF	População não coberta pelo PACS e/ou PSF	TOTAL
Até o 2º mês após a adesão ao cadastramento			
Do 2º ao 4º mês após a adesão ao cadastramento			
Do 4º ao 6º mês após a adesão ao cadastramento			
Do 6º ao 12º mês após a adesão ao cadastramento			
TOTAL			

4. ESTRATÉGIAS PROPOSTAS PARA O CADASTRAMENTO

- () Cadastro exclusivamente feito por agentes comunitários de saúde e/ou profissionais do PACS/PSF
 () Cadastro feito por agentes de saúde e por outros profissionais designados pelo município
 () Cadastro contratado junto a empresa especializada
 () Cadastro realizado por equipe própria da área de saúde do município
 () Outras estratégias Especificar: _____

5. CLÁUSULA DE RESPONSABILIDADE

O Ministério da Saúde, os Estados e os Municípios, por meio de seus órgãos da administração direta, das entidades, órgãos e instituições da administração indireta, autárquica e/ou fundacional e das entidades, órgãos, instituições e organizações vinculadas, coordenadas e/ou supervisionadas, comprometem-se a não divulgar, sob nenhuma forma, meio (eletrônico, magnético, impresso, audiovisual ou outros meios) ou suporte (cartão, disquete, CD, fitas magnéticas, e-mail, papel, fita cassete ou de vídeo, ou outros meios) os cadastros e/ou arquivos referentes às unidades de saúde, aos profissionais de saúde e aos usuários do SUS, que vierem a ter acesso por intermédio do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde e das empresas contratadas ou sub-contratadas para o projeto de implantação do Cartão Nacional de Saúde, ou de qualquer outra atividade relacionada à gestão do sistema de saúde, bem como se responsabilizar pelo arquivamento, guarda e segurança desses cadastros e arquivos e das senhas que permitem seu acesso, de maneira a impedir sua divulgação sob pena de o responsável incorrer nas penas da Lei 8.112 (Artigos 116, 117, 121 a 126 e 132) e do Artigo 154 do Código Penal pelo não cumprimento de alguma dessas obrigações.

Promover a entrega, aos usuários cadastrados, dos cartões produzidos pelo Ministério da Saúde para a implantação do Cartão Nacional de Saúde, num prazo máximo de quinze dias úteis após o recebimento.

6. RESPONSÁVEL PELA COORDENAÇÃO DO CADASTRAMENTO NO MUNICÍPIO

6.1. Nome _____ 6.2. Telefone _____
 6.3. Cargo/função _____ 6.4. E-mail _____

7. LOCAL E DATA

8. ASSINATURA DO MUNICÍPIO

9. ASSINATURA DO GESTOR ESTADUAL

TERMO DE ADESÃO ESTADUAL À COORDENAÇÃO DO CADASTRAMENTO
NACIONAL DE USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTADO

1.1. Nome

1.2. UF

2. CLÁUSULA DE RESPONSABILIDADE

O Ministério da Saúde, os Estados e os Municípios, através de seus órgãos da administração direta, das entidades, órgãos e instituições da administração indireta, autárquica e/ou fundacional e das entidades, órgãos, instituições e organizações vinculadas, coordenadas e/ou supervisionadas, comprometem-se a não divulgar, sob nenhuma forma, meio (eletrônico, magnético, impresso, audiovisual ou outros meios) ou suporte (cartão, disquete, CD, fitas magnéticas, e-mail, papel, fita cassete ou de vídeo, ou outros meios) os cadastros e/ou arquivos referentes às unidades de saúde, aos profissionais de saúde e aos usuários do SUS, que vierem a ter acesso por intermédio do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde e das empresas contratadas ou sub-contratadas para o projeto de implantação do Cartão Nacional de Saúde, ou de qualquer outra atividade relacionada à gestão do sistema de saúde, bem como se responsabilizar pelo arquivamento, guarda e segurança desses cadastros e arquivos e das senhas que permitem seu acesso, de maneira a impedir sua divulgação sob pena de o responsável incorrer nas penas da Lei 8.112 (Artigos 116, 117, 121 a 126 e 132) e do Artigo 154 do Código Penal pelo não cumprimento de alguma dessas obrigações.

3. RESPONSÁVEL PELA COORDENAÇÃO DO CADASTRAMENTO NO ESTADO

3.1. Nome

3.2. Telefone

3.3. Cargo/função

3.4. E-mail

4. LOCAL E DATA

5. ASSINATURA DO GESTOR ESTADUAL



A PRÁTICA DO CONTROLE SOCIAL E OS CONSELHOS DE SAÚDE EM 14 REFLEXÕES*

Brasil. Ministério da Saúde.

Conselho Nacional de Saúde**

1. ATRIBUIÇÕES LEGAIS E O ESPAÇO DE ATUAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

A lei confere aos Conselhos de Saúde as atribuições de *atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde*, atribuições estas que são também próprias dos poderes Executivo e Legislativo.

Por isso, segundo a lei, os Conselhos de Saúde atuam compartilhando suas atribuições com os gestores propriamente ditos (Ministério e Secretarias de Saúde) e as Casas Legislativas (Congresso Nacional, Assembleias Estaduais e Câmaras de Vereadores). Ao integrarem o Poder Público e o Estado, os Conselhos de Saúde têm diante de si a definição do seu espaço privilegiado de atuação em que devem exercer as suas atribuições. Nesse aspecto, é importante destacar que a grande amplitude e diferenciação desse espaço inclui os demais órgãos do Poder Executivo, os Tribunais de Contas vinculados ao Poder Legislativo, o Ministério Público e o Poder Judiciário.

Aqui reside uma das estratégias centrais dos Conselhos de Saúde, que é a realização das suas atribuições legais no processo da permanente construção das suas articulações e relações especiais com os gestores do SUS e com as Casas Legislativas.

Com relação às duas atribuições legais, cabe ainda uma consideração: a atuação na formulação de estratégias diz respeito a uma postura combativa/ofensiva/criadora de construção do novo modelo; e a atuação no controle da execução das políticas, a uma postura defensiva, contra os desvios e distorções. Essas duas visões devem ser relativizadas: a atuação na formulação não deve ser 'vanguardista' e isolada, mas sempre que possível, articulada e sinérgica com o gestor do SUS (que tem assento no Conselho de Saúde) e o Poder Legislativo, sem qualquer prejuízo da autonomia e agilidade próprias do Conselho.

* Texto retirado do Caderno *A Prática do Controle Social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS*, publicado pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde. Série Histórica do CNS, nº 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Reprodução autorizada pelos autores. (Para efeito desta publicação, reproduziu-se apenas a primeira parte do texto original).

** Os autores deste texto optaram por creditar a autoria ao Ministério da Saúde.

Entretanto, a atuação no controle da execução não deve ser meramente de fiscalização tradicional burocrática, mas sim de acompanhamento permanente da execução dos programas prioritários do SUS, de pesquisas por amostragem de usuários, prestadores e profissionais e de indicadores de saúde. Deve-se ter o cuidado, nesse processo, de não responsabilizar somente os serviços de saúde por todas as agressões à saúde dos cidadãos, uma vez que elas também podem estar relacionadas a outras variáveis (sociais, econômicas, raciais, etárias e de gênero).

2. OS OBJETIVOS E OS GRANDES OBJETOS DE ATUAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Objetivos

Contribuir para a gestão no âmbito dos princípios do SUS, especialmente nos aspectos:

- situação de saúde da população sob o ângulo dos riscos sociais e epidemiológicos, dos direitos de cidadania dos grupos populacionais e de cada indivíduo;
- prioridades das intervenções (ofertas de serviços) de promoção, proteção e recuperação da saúde da coletividade e de grupos de riscos;
- formulação de diretrizes e estratégias das intervenções do SUS (oferta de serviços), levando em conta a relação custo-benefício;
- formulação de diretrizes e estratégias para o processo de planejamento, compromissos de metas, orçamentação e execução orçamentária;
- acompanhamento e avaliação do processo de execução dos planos, do orçamento e do cumprimento de metas, em função dos resultados de impacto na saúde da população geral e dos grupos de riscos, no âmbito das responsabilidades e atribuições legais do gestor;
- recebimento, dos demais órgãos da gestão, de todas as informações necessárias ao cumprimento das atribuições legais do Conselho de Saúde, em relações de parceria e sinergismo.

Objetos

- O estado de saúde da população, identificado por indicadores sociais, epidemiológicos e pelas entidades representantes da população usuária, visando a orientar os Conselhos de Saúde sobre as prioridades e as estratégias a serem assumidas pelos gestores.
- Os princípios constitucionais da *universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização/regionalização e participação*, que constituem o referencial da construção do novo modelo assistencial e de gestão.
- O velho modelo assistencial de saúde que privilegia os interesses dos fabricantes e fornecedores privados de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, bem como os serviços de saúde transformados em meras mercadorias, e que persistem em colocar o lucro máximo sempre acima dos direitos da saúde da população usuária. Na oferta de serviços predomina a assistência às doenças, com alta porcentagem de assistência evitável ou desnecessária. Os valores desse modelo são a produção quantitativa de serviços, de média e alta complexidade, demanda espontânea a estes serviços, o lucro, o classismo e a exclusão.
- O novo modelo assistencial de saúde, que privilegia os interesses e direitos de cidadania da população usuária, partindo sempre das suas necessidades, identificadas pelos indicadores sociais, epidemiológicos e pelas informações das entidades representantes dos usuários. Na oferta de serviços predomina a defesa da vida e a proteção da saúde, sem deixar de assistir os doentes, a partir de rede de Atenção Básica à Saúde resolutiva, equitativa e de acesso universal.
- O velho modelo de gestão financeira, de materiais e de pessoal, e os instrumentos gerenciais que realizam o velho modelo assistencial.
- O novo modelo de gestão financeira, de materiais e de pessoal, adequando ou criando novos instrumentos gerenciais que constroem o novo modelo assistencial.

As entidades e instituições representadas nos Conselhos de Saúde, visando a sua permanente informação e alimentação com todas as deliberações, formulações e discussões aprovadas de forma consensual, nas reuniões plenárias dos Conselhos.

3. RELAÇÕES DO CONSELHO DE SAÚDE COM A GESTÃO

Apesar de os Conselhos de Saúde integrarem a estrutura legal do Poder Executivo (Gestão do SUS), suas atribuições encontram-se limitadas ao espaço privilegiado e bem identificado de atuação na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. Por isso, os Conselhos de Saúde devem reconhecer as competências típicas da gestão, que são: planejamento, orçamentação, programação, normatização, direção/gerência, operacionalização/execução e controle/avaliação.

O conjunto dessas funções configura o percurso que os recursos públicos devem fazer, desde a sua alocação inicial, até a 'ponta' do sistema, quando devem ser transformados em ações concretas, benefícios e resultados para a população.

O fato de reconhecer essas funções como típicas dos gestores não desobriga os membros dos Conselhos de Saúde de conhecer seus aspectos básicos ou as 'vigas mestras' deste processo, a fim de controlá-lo a favor dos direitos da população usuária e do novo modelo assistencial. Expressões como: Condições de Gestão dos Municípios e Estados, Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Piso de Atenção Básica (PAB), Programação Pactuada Integrada (PPI), Tetos Financeiros, Regulação dos Planos e Seguros Privados, Modalidades de Repasses, Peça e Execução Orçamentárias, Políticas de Investimento e Custeio, Sistema de Informações dos Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), Norma Operacional Básica (NOB) e outras podem ser facilmente explicadas e aprendidas, assim como seu significado na construção do SUS, por todos os conselheiros, de todos os níveis de instrução.

Caso o gestor, por qualquer motivo, deixe de assumir qualquer das suas funções, cabe ao Conselho, dentro das suas atribuições, e esgotadas todas as possibilidades de convencimento e parceria, mobilizar forças sociais e instituições, o Poder Legislativo, o Tribunal de Contas e o Ministério Público, visando ao bom cumprimento de todas as funções do gestor.

A pouca clareza sobre os limites entre as competências dos Conselhos de Saúde e dos órgãos típicos de Gestão é conseqüência da baixa experiência acumulada e de alguns equívocos e conflitos que afloraram no início do processo de conformação dos conselhos, encontrando-se agora em fase de superação. Por parte dos gestores, a reação inicial de incômodo com as atividades dos Conselhos, e sua rotulação fácil de "basistas", "corporativistas", "partidarizados" e "dificultadores da eficiência da gestão". Por parte dos Conselhos de Saúde, a reação inicial de crítica negativa direta aos gestores e sua rotulação fácil de "incompetência", "burocratismo", "fisiologismo", "cooptação", "autoritarismo" e "corrupção".

Estes rótulos não expressam desvios reais. São exagerados e fruto de inseguranças e preconceitos de ambos os lados.

Hoje, entretanto, é evidente o processo de amadurecimento e superação deste tipo de conflito, inclusive porque já está demonstrado que o compromisso com o bem público não é monopólio nem virtude de apenas um dos lados. Também aprofunda-se o reconhecimento e respeito às atribuições legais específicas tanto das funções da gestão como do controle social através dos Conselhos de Saúde. É de se notar o crescimento de experiências de Conselhos comunitários e/ou gestores por unidades prestadoras de serviços, desde postos e centros de saúde até hospitais do SUS, a partir do final dos anos 90.

4. RELAÇÕES ENTRE OS REPRESENTANTES DOS SEGMENTOS E ENTIDADES DENTRO DE CADA CONSELHO

Cada um dos quatro segmentos que integram obrigatoriamente o Conselho de Saúde (usuários, prestadores de serviços, profissionais e governo) são naturalmente defensores das reivindicações específicas do segmento e dos associados das entidades, que, por sua vez, foram criadas para dirigir a conquista dessas reivindicações. O funcionamento dos Conselhos de Saúde foi revelando que a simples soma das reivindicações e 'direitos' de cada segmento, entidade e instituição não é a mesma coisa que a realização das diretrizes da *equidade* e *universalidade*, através de metas e etapas concretas e realistas. Tampouco os recursos públicos crescem segundo a simples soma dos direitos e reivindicações de todos os segmentos e entidades.

Daí, decorreu o crescente exercício das articulações e negociações entre as entidades e os segmentos, sempre em busca de avanços e conquistas a favor do SUS, da cidadania e do novo modelo assistencial e de gestão, e que ao mesmo tempo satisfaça, ainda que parcial e gradativamente, os interesses e reivindicações de cada segmento e entidade.

Este exercício e busca vêm caracterizando os Conselhos de Saúde como órgãos colegiados heterogêneos, plurais e conflituosos entre os segmentos e entidades. Mas, ao mesmo tempo, vêm tornando-os competentes e maduros para negociar interesses e conflitos a favor de conquistas parciais e gradativas do SUS, seus princípios e novo modelo.

Pode-se, hoje, reconhecer que os Conselhos de Saúde vêm acumulando a experiência de constituir um palco de disputa de projetos de sociedade, com

origem em cada um dos quatro segmentos nele representados e, por vezes, de cada entidade. Entretanto esta disputa vem se limitando e se direcionando ao espaço da construção da cidadania da saúde e do SUS. É a característica legal dos Conselhos de Saúde, de serem simultaneamente sociedade e Estado, que lhes confere tal delimitação e direcionamento.

Por isso, as disputas dos vários projetos de sociedade não podem nem devem trazer, para dentro dos Conselhos, os confrontos: situação governamental x oposição; um partido x outro partido; Estado x sociedade; corporação x corporação; corporação x sociedade, dentre outros.

Estes conflitos são próprios das lutas democráticas. No caso da saúde, já avançaram e pactuaram na Constituição e na Lei, para construir um sistema de cidadania, pluripartidário e social. Basta observar o mapa dos partidos nos municípios e estados há três gestões (últimos 12 anos), para constatar a 'pluripartidarização' e a continuidade do compromisso efetivo com o SUS, com os municípios 'puxando' o processo, secundados pelos estados.

5. CRITÉRIOS BÁSICOS DA ELABORAÇÃO DAS PAUTAS DAS REUNIÕES ORDINÁRIAS DO CONSELHOS DE SAÚDE

É indispensável que os Conselhos de Saúde formulem sua Agenda de Temas Básicos na construção do SUS na sua área, com a necessária agilidade para acompanhar ou antecipar-se à Agenda Básica do Gestor correspondente, pois este é o responsável direto da construção do SUS. É imprescindível para o Conselho de Saúde articular canais de informações estratégicas sobre a agenda real dos temas e iniciativas do gestor.

Sob as condições referidas, os temas de cada reunião do plenário do Conselho, tanto na formulação de estratégias, como no controle das políticas, devem ser priorizados segundo três critérios iniciais:

- Pertinência - o assunto é tanto mais pertinente quanto mais ligado às bases da construção do SUS e do novo modelo assistencial, refletidas na Constituição Federal, nas Leis Nacionais, nas Constituições Estaduais, nas Leis Orgânicas dos municípios e nas Normas Básicas das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites.
- Relevância - a experiência acumulada e o senso comum do plenário de cada Conselho possibilitam identificar os temas mais ligados às *causas* e menos às *conseqüências*, mais ao *atacado* e menos ao *varejo*, mais ao

prioritário e menos ao *secundário*, enfim, os mais relevantes. Deve-se lembrar, contudo, que a prioridade dos mais relevantes não deve excluir o conjunto dos temas secundários, conseqüências do varejo, que, ao serem analisados no conjunto, proporcionam um exercício e aprendizado permanentes para o Conselho chegar com realismo às *causas* e estabelecer suas estratégias.

- Oportunidade – é a sensibilidade e a visão política que, a partir da avaliação da conjuntura, indicam para o Conselho os momentos mais ou menos oportunos para a sua intervenção, porque o obriga a avaliar as demais fontes de interesses e poderes, também envolvidas com o tema, e suas mobilizações em torno dele. Este senso de oportunidade ajuda a ampliação das alianças necessárias e, por vezes, imprescindíveis, na sociedade, no Poder Legislativo, no Poder Executivo e em outras instâncias. Mesmo que o tema seja pertinente e relevante, pode necessitar de melhor preparo, alianças e oportunidade, ou, pelo contrário, pode necessitar posicionamento imediato do Conselho.

6. ASPECTOS IMPORTANTES DA APROVAÇÃO DAS DELIBERAÇÕES DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Afora as deliberações consideradas emergenciais pelo plenário do Conselho de Saúde, a grande maioria dos temas pautados podem exigir duas ou mais reuniões ou podem necessitar de deliberação já na primeira reunião. Vai depender da complexidade do tema, que pode exigir melhor conhecimento pelas entidades e segmentos e da complexidade das articulações e negociações necessárias.

Em princípio, a deliberação final não deve excluir nenhum dos quatro segmentos: dois ou três segmentos não devem 'bater chapa' contra o(s) outro(s), pelo simples fato de que, na verdade, o SUS somente pode cumprir o acesso universal aos serviços, à equidade e à integralidade, com a adesão e participação dos quatro segmentos. O que não pode ser excluído na vida real, não pode também dentro do Conselho. Por isso, o desafio é insistir no convencimento, na negociação e nas deliberações por consenso do plenário do Conselho.

As deliberações, no campo da formulação de estratégias, mais pertinentes, relevantes e oportunas, que impliquem a adoção de medidas administrativas da alçada privativa do Gestor (governo), devem ser homologadas pelo governo, isto é, transformadas em ato oficial do gestor.

As deliberações são referentes ao controle da execução das políticas de saúde, verificação da coerência dos atos do gestor e dos programas e ações de saúde, com as diretrizes do SUS, acompanhamento dos gastos públicos na saúde e seus resultados para a população.

As articulações e organização interna do Conselho com os outros Conselhos de Saúde, com o Poder Legislativo e com outras instituições e entidades da sociedade devem estar protegidas pela autonomia do Conselho de Saúde perante o gestor, isto é, não devem depender da homologação para se realizarem.

É oportuno lembrar que os interesses e forças contrárias ao SUS e ao novo modelo assistencial e de gestão são ainda capazes de pressionar e influenciar importantes setores da área econômica, núcleos de poder e da própria sociedade, para impedir mudanças. Entretanto, a competência das discussões e aprovações no Conselho de Saúde, envolvendo os segmentos e entidades mais diversos da sociedade, no Conselho representados, em uma mesma deliberação, pode mobilizar força política capaz de continuar construindo o SUS, inclusive, quando a deliberação não é homologada.

7. O PAPEL DAS COMISSÕES DOS CONSELHOS DE SAÚDE

As comissões do Conselho de Saúde podem estar previstas na própria lei ou decreto que cria o Conselho, ou podem ser instituídas pelo seu plenário, preferentemente constando no Regimento Interno, a não ser que sejam comissões provisórias ou grupos de trabalho. Em qualquer dos casos, o caráter deliberativo do Conselho de Saúde é privativo do seu plenário.

As comissões e grupos de trabalho têm finalidade exclusiva de assessorar o plenário do Conselho, fornecendo-lhe subsídios de discussão para deliberar sobre formulação de estratégias e controle da execução de políticas de saúde.

Exemplificando, a Lei 8.080/90 atribui às Comissões Intersetoriais do Conselho Nacional de Saúde (CNS) a finalidade de *articular políticas e programas de interesse da saúde*. O plenário do CNS, através de uma definição interna, assim completou: “as Comissões e Grupos de Trabalho não são deliberativos, nem normatizadores, nem programadores; devem recolher e articular as políticas, normas e programas das instituições e setores de interesse para o SUS, visando a sua consolidação para subsidiar o plenário do Conselho, que então considera a validade ou não, de deliberar”.

8. RELAÇÕES DOS CONSELHOS DE SAÚDE COM AS ENTIDADES E SEGMENTOS REPRESENTADOS NO CONSELHO

O rico exercício das articulações e negociações na busca dos consensos em torno de temas estratégicos na construção do SUS, assim como dos esforços de convencimento e negociação transparente dos dissensos, evitando-se os confrontos, vem configurando os Conselhos de Saúde como 'novos coletivos'. Inusitados, devido à sua diversidade e inúmeros conflitos internos, mas cada vez mais articulados em torno da consciência e da construção do SUS, este 'novo coletivo' vai construindo uma nova cultura política, que busca informações, analisa, avalia, formula estratégias e controla a execução das políticas de saúde. Por sua vez, esta nova cultura política já não corresponde à simples soma das culturas políticas de cada um dos quatro segmentos básicos e das entidades que integram o Conselho.

Daí a necessidade de os conselheiros assumirem, gradativamente, a disposição consciente de retornar permanentemente para as suas entidades, tanto as deliberações do Conselho como as discussões que geraram as deliberações, com o objetivo de conquistar a adesão e mobilização das entidades, através das suas diretorias e assembléias. Aí reside o grande potencial da força política dos Conselhos de Saúde. Suas deliberações somente terão poder de mudanças para a construção do SUS, na medida em que as entidades priorizem, nas suas agendas de pressões e mobilizações, as deliberações dos Conselhos.

Por isso, o único limite do controle social através dos Conselhos de Saúde será o grau de organização e mobilização de toda a sociedade na construção do Estado democrático. Sob este ponto de vista, é desejável e legítimo que cada conselheiro reconheça e assuma suas duas faces complementares de atuação: a da cultura política do 'coletivo homogêneo' da sua entidade ou instituição de origem e a da cultura política do 'coletivo heterogêneo' do Conselho de Saúde.

9. RELAÇÕES DO CONSELHO DE SAÚDE COM O PODER LEGISLATIVO

O atendimento à reivindicação, extremamente desejada pelas entidades e instituições, para os Conselhos serem reconhecidos e criados em lei requer uma mobilização competente perante os vereadores nas câmaras municipais, deputados estaduais nas assembléias estaduais e deputados federais e senadores no Congresso Nacional. A competência dessa mobilização deve, evidentemente, ser em função dos princípios do SUS e da composição democrática do Conselho, através das entidades mais representativas dos quatro segmentos (usuários,

prestadores de serviços, profissionais e gestores/ governo), garantindo que o caráter 'pluralista' do conselho seja o mesmo da sociedade de cada município e estado. É importante lembrar que a composição 'da sociedade' muda (às vezes muito) entre os estados e entre os municípios. As entidades e instituições, representadas nos Conselhos de Saúde, e os próprios Conselheiros ainda não desenvolveram suficientemente as imprescindíveis articulações com o Poder Legislativo do seu município, estado e da União.

Aparentemente, há um razoável equívoco de limitar os esforços e conquistas da democracia participativa somente ao Poder Executivo. Este equívoco pode agravar-se ao considerarmos que o Poder Legislativo é, historicamente, o mais sensível à construção da democracia e do Estado democrático. É o primeiro que altera sua rotina de atividades, às vezes profundamente, sempre que a sociedade se organiza e se mobiliza com mais vigor.

Foi o Legislativo que legou à sociedade brasileira a "Constituição Cidadã", quando esta se mobilizou vigorosamente pelo final da ditadura e volta do Estado de direito, e logo em seguida, as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais. O Legislativo votou a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF) quando as entidades e instituições se mobilizaram pelo SUS, mesmo com o risco da 'armadilha' financeira que acabou acontecendo. Agora, cinco anos após, com nova mobilização da sociedade, reforçada pelas instituições públicas de saúde, foi o Legislativo que votou a Emenda Constitucional nº 29, para o financiamento do SUS, que, apesar de estar aquém do necessário, significa grande avanço em relação à situação anterior e coloca, mais uma vez, a construção do SUS na resistência ao perverso processo econômico-financeiro que obstaculiza as políticas sociais do país.

Cabe lembrar que, além do Legislativo, devem ser buscadas permanentemente parceria e sinergismo com o Ministério Público, Tribunais de Contas e demais instituições e entidades do campo da defesa do consumidor e do controle social.

10. RELAÇÕES DOS CONSELHOS DE SAÚDE ENTRE SI

A grande novidade, complexidade e inexperiência de exercer o controle social na saúde, através dos Conselhos de Saúde, a partir de 1991, foi sendo realizada espontaneamente em cada Conselho criado, ano após ano, na década de 90. Também espontaneamente, Conselhos Municipais foram se apoiando em outros de municípios vizinhos mais experientes, o mesmo acontecendo com os Conselhos Estaduais. Em 1992, o CNS elabora e aprova a Resolução nº 33/92 para orientar os Conselhos Estaduais e Municipais. Tendo cumprido este papel, a Resolução requer, hoje, atualizações que o CNS, com mais oito anos de experiência, deverá promover.

Um outro aspecto que deve ser destacado nas relações dos Conselhos de Saúde entre si é a iniciativa da realização, a partir da segunda metade dos anos 90, dos encontros de conselheiros e plenárias de Conselhos, fato positivo, de troca de experiências e fortalecimento do controle social, tanto no âmbito nacional, como no estadual e microrregional.

Para a continuidade do sucesso dos encontros e plenárias, não devem aumentar algumas tendências que resistem em organizar e mobilizar o controle social na amplitude do 'pluralismo' dos próprios Conselhos. Elas dirigem seus esforços exclusivamente aos segmentos dos usuários e profissionais mais injustiçados, que, apesar de constituírem a maioria das pessoas envolvidas com o SUS, não têm a finalidade de substituir as deliberações 'pluralistas' de milhares de Conselhos de Saúde, imprescindíveis na construção do SUS no país. É necessário que estas tendências reconheçam que as lutas sociais das maiorias, contra o sistema financeiro insaciável, é luta histórica inexorável da sociedade e do Estado. A manipulação da indignação da maioria injustiçada contra as entidades e instituições aliadas, dentro dos Conselhos e das plenárias de Conselhos de Saúde, revela grave distorção.

Também merecem destaque os esforços bem-sucedidos do CNS, que, em parceria com a Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, realiza o cadastramento de todos os Conselhos Estaduais e Municipais e um levantamento das condições de estrutura e funcionamento de todos eles; e, em parceria com a Secretaria de Investimentos em Saúde, o Projeto de Capacitação dos Conselheiros de Saúde e Membros do Ministério Público.

O último destaque refere-se a uma prática que vem se tornando bastante construtiva, que é o papel dos Conselhos Estaduais de Saúde como instâncias de mediação e conciliação para as tensões e questões internas pendentes dos Conselhos Municipais do mesmo estado, o mesmo acontecendo com o Conselho Nacional de Saúde em relação aos Conselhos estaduais.

11. O CONTROLE SOCIAL E A DEMOCRATIZAÇÃO DOS GOVERNOS E DO ESTADO NO BRASIL

Controle social é aqui entendido como o controle sobre o Estado pelo conjunto da sociedade organizada em todos os segmentos sociais. Evidentemente, esse controle deve visar ao benefício do conjunto da sociedade e deve ser permanente. Por isso, quanto mais os segmentos da sociedade se mobilizarem e se organizarem, maior será a pressão para que seja efetivado o Estado democrático.

Assim, a democracia representativa que aguarda, a cada quatro anos, a eleição de representantes da sociedade (Poder Executivo e Legislativo), passa gradativamente a se completar com as várias formas de democracia participativa que as conquistas sociais e democráticas vão realizando. No momento, este processo atinge crescentemente os governos municipais.

12. AS RAÍZES DO CONTROLE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE NO BRASIL

Já no início do século passado, os movimentos trabalhistas urbanos criavam as Caixas de Aposentadorias e Pensões, que são transformadas nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), com forte peso dos sindicatos de trabalhadores e entidades patronais, em relação ao governo federal, na sua organização e gestão, inclusive, da assistência médico-hospitalar. Este é o primeiro 'embrião' significativo de controle por parte de um único segmento da sociedade, os sindicatos urbanos. Outras atividades de controle, por outros segmentos e grupos de interesses, vão se acumulando, até um segundo momento marcante, nos anos 70, quando se dá verdadeira explosão de migração populacional para as periferias das cidades grandes, consequência da enorme concentração da renda e da desigualdade social da população.

Nessa ocasião, aumentou consideravelmente o número de associações de moradores, entidades religiosas, movimentos femininos, entidades filantrópicas e de vários outros movimentos comunitários, que passaram a exercer atividades e pressões de controle, ainda fracionado por segmento, em função de reivindicações específicas, inclusive por serviços de saúde, direcionadas fundamentalmente às prefeituras municipais.

Todas essas formas de pressões e controle deram-se e continuam a se dar principalmente por iniciativas dos movimentos e entidades da sociedade organizada. O controle social seria a resultante da articulação e da negociação dos interesses fracionados e específicos de cada segmento, a favor dos interesses e direitos de cidadania do conjunto da sociedade. Ao ser exercido pelo conjunto das entidades e instituições da sociedade organizada, tende a ser o controle mais efetivo e legítimo, a favor do conjunto da sociedade.

13. O CONTROLE SOCIAL E OS CONSELHOS DE SAÚDE

Não se substitui o controle social pelos movimentos sociais da sociedade organizada, como os sindicais, os comunitários, os de defesa do consumidor, os

partidos políticos e outros. É conquista das mobilizações sociais e democráticas dos anos 80, que se consolidaram na Constituição Federal de 1988 e nas Leis 8.080/90 e 8.142/90. Ao integrar os Conselhos de Saúde na estrutura legal do Poder Executivo, esta conquista acrescenta uma trincheira decisiva para o controle social, que é um enclave do controle social dentro do Estado: os Conselhos Municipais de Saúde são órgãos das Secretarias Municipais de Saúde, os Conselhos Estaduais de Saúde, órgãos das Secretarias Estaduais de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde, órgão do Ministério da Saúde.

Estes novos órgãos do Poder Executivo possuem uma composição e um papel com características inusitadas e diferenciadas: sua composição é tão heterogênea e plural quanto a própria sociedade. Metade dos Conselheiros provém de entidades representantes dos usuários; a outra, além do Governo, é constituída de representantes de entidades dos prestadores de serviços e dos profissionais de saúde.

Tamanha conquista democrática está à altura de um grande objetivo - assegurar a construção de um modelo assistencial baseado nos direitos de cidadania de toda a população, intersetorial, em defesa da vida e da saúde, e com acesso universal e eqüitativo a todos os níveis da atenção integral à saúde, da coletividade, dos grupos populacionais expostos a riscos específicos e de cada indivíduo. E tudo isso efetivado por um modelo de gestão descentralizado e participativo, que otimiza os resultados com qualidade, a custos perfeitamente viáveis para o Produto Interno Bruto (PIB) e para os orçamentos públicos.

Sem a clareza do que significa este objetivo e o conseqüente compromisso, o controle social através dos Conselhos de Saúde fica exposto a 'pressões estreitas' de tendências e grupos, da sociedade e do Governo, desviando-se da totalidade da sociedade e da cidadania. Fragiliza-se e descredibiliza-se.

14. ASPECTOS DA CONJUNTURA DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

A década de 90 foi palco de um fato extremamente peculiar e marcante na área de saúde em nosso país. A partir de 1991, 'novos atores' começaram a ocupar esse palco. No início, em número pequeno e com uma atuação ainda intuitiva e pouco organizada, não chamavam atenção. Ao final da década e no início de 2000, um verdadeiro exército dos novos atores, com mais experiência, organizado, heterogêneo, com visão estratégica e consciente do seu papel na construção do SUS, passou a atuar.

Esses novos atores são:

- secretários(as) municipais de Saúde e seus assessores, bem como dirigentes de primeiro escalão dos 521 municípios que hoje se encontram na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde;
- secretários(as) municipais de Saúde e seus assessores, bem como dirigentes de primeiro escalão de pelo menos 3.000 municípios que mais avançaram na condição de Gestão Plena da Atenção Básica à Saúde, dentre os 4.917 que se encontram nesta condição de Gestão;
- secretários(as) municipais de Saúde e seus assessores, bem como dirigentes de primeiro escalão dos 2.968 municípios que aprofundaram e expandiram a Atenção Básica à Saúde com Equipes de Saúde de Família;
- mais de 200 secretários municipais de Saúde, eleitos por seus pares em cada Estado e que militam nos 27 Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e na direção do Conselho Nacional de Representantes Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (CONARES);
- aproximadamente 300 secretários municipais de Saúde, técnicos, dirigentes e secretários estaduais de Saúde, que militam nas 27 Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) em cada estado;
- secretários estaduais de Saúde e dirigentes do Ministério da Saúde que foram secretários municipais de saúde nos anos 90;
- dirigentes e técnicos do Ministério e secretários estaduais e municipais de Saúde, que se 'forjaram' ou se 'reciclaram' nos anos 90;
- membros do Ministério Público voltados à área da Saúde;
- mais de 50.000 conselheiros de Saúde do Conselho Nacional de Saúde, dos 27 Conselhos Estaduais de Saúde e de mais de 3.000 Conselhos Municipais de Saúde, com funcionamento normal e regular (restam apenas pouco mais de 1.900 Conselhos Municipais de Saúde com funcionamento ainda precário ou irregular);
- cinco dirigentes do primeiro escalão do Ministério da Saúde, cinco secretários estaduais de Saúde e cinco secretários municipais de Saúde que integram a Comissão Intergestores Tripartite (CIT);
- centenas de entidades não-governamentais vinculadas ao meio ambiente, à qualidade de vida, à saúde e à defesa do consumidor.

Esses novos atores da década de 90 persistem, a cada ano e a cada dia, em ampliar trincheiras e fronteiras, no esforço intensivo de construção do SUS e do novo modelo assistencial, com destaque para:

- efetivar o acesso universal a todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde, iniciando pelos da Atenção Básica Acolhedora, Resolutiva e com base nas Equipes de Saúde da Família;
- efetivar as articulações intersetoriais visando à qualidade de vida e da saúde;
- efetivar a gestão descentralizada pelos municípios, microrregiões e estados, visando à hierarquização, regionalização e integralidade, com equidade;
- construir novos pactos intergestores e com os prestadores de serviços, públicos e privados, visando à construção de nova capacidade provedora e reguladora do Estado, em função da cidadania na saúde;
- colocar mais recursos próprios no SUS, o que vem sendo realizado marcantemente pelos municípios;
- gerir simultaneamente recursos humanos de saúde originários de órgãos federais, estaduais e municipais, desafio esse concentrado nos municípios, não ainda superado;
- participar de mobilizações a favor de financiamento maior e estável para o SUS, como a CPMF (1996) e a Emenda Constitucional (2000), além da limitação das transferências de custos do SUS, da esfera federal para a municipal e estadual;
- efetivar a Programação Pactuada Integrada (PPI), visando à construção regional das redes hierarquizadas de serviços;
- efetivar a habilitação dos municípios e estados às várias condições de gestão, tendo em vista as diretrizes do SUS; e
- construir o sinergismo e as relações entre os Gestores e os Conselhos de Saúde.

Aos obstáculos, armadilhas e impasses, muitas vezes, muito maiores do que as forças para superá-los, os 'novos atores' vêm crescendo em número e em qualidade, através da experiência acumulada, de inovações e ousadias, derrotas e avanços e, seguramente, geração de conhecimentos novos, mantendo no horizonte os princípios e diretrizes do SUS. Este verdadeiro 'coletivo nacional' dos novos atores ganha aos poucos matizes estrategistas, o que contribui para a irreversibilidade do processo.

A partir de 1991, intensifica-se o processo da Reforma Sanitária com o início da construção de um sistema de cunho marcadamente social, que é o SUS. A municipalização avança com as NOBs, principalmente com a 93 e a 96, as comissões Tripartite e Bipartites consolidam-se como formas imprescindíveis de pactuação das gestões federal, estadual e municipal. Os Conselhos de Saúde multiplicam-se, vão progressivamente funcionando com mais regularidade, buscando o cumprimento da paridade e representatividade das entidades e instituições na sua composição, e aprendendo a formular deliberações pertinentes, oportunas e efetivas. Os municípios ultrapassam a média de 12% dos seus orçamentos fiscais, destinada ao SUS, e a Atenção Básica à Saúde amplia-se e aprofunda-se, incluindo vastas camadas sociais antes excluídas do sistema.

Esta avaliação positiva precisa ser relativizada, na medida em que deve ser compreendida como parte de uma avaliação mais ampla e fundamental, que inspira precaução.

A avaliação mais ampla aponta para uma conjuntura nacional da década de 80, quando então a grande mobilização da sociedade, suas entidades e movimentos balizaram o final do regime autoritário-militar e os amplos debates e articulações que desaguarão na Assembléia Nacional Constituinte e na 'Constituição Cidadã' de 1988. A reforma do Estado sinalizada pela Constituição apontava para um Estado de Bem-Estar Social, isto é, um Estado que, refletindo toda a sociedade e suas demandas, tivesse duas características básicas:

- incentivador e indutor do desenvolvimento socioeconômico, com base no processo produtivo industrial e agropecuário, com alto grau de empregabilidade, utilizando ao máximo o grande potencial do mercado interno, e direcionador da inserção do país na globalização, em outro ângulo que não fosse a submissão ao Sistema Financeiro Nacional e Internacional; e
- protetor dos direitos universais do ser humano e da cidadania, através de serviços públicos e regulação pública e da sociedade organizada, nas áreas da previdência social, emprego, saúde, educação, habitação, ciência e tecnologia, saneamento e meio ambiente, entre outras.

A avaliação ampla aponta, também, para o fato de que, na década seguinte, a de 90, inicia-se uma reação e reaglutinação dos setores da elite nacional, mais sensíveis à 'onda' internacional de liberalização das leis de mercado, configurando-se internamente estratégias de hegemonia de poder, voltadas para a inviabilização dos avanços sociais e desenvolvimentistas da Constituição.

Como parte deste processo, os orçamentos públicos destinados aos setores sociais (previdência, saúde, saneamento, habitação, educação, emprego, ciência

e tecnologia, política fundiária e folha de pagamento dos servidores públicos) foram sendo, ano após ano, restringidos e recanalizados para o pagamento dos juros e da amortização da dívida pública, com o agravante de que, também ano após ano, os juros, amortizações e a própria dívida pública vêm crescendo a passos largos.

Uma outra configuração de Estado, diferente daquela sinalizada pela Constituição de 1988, desenvolve-se a partir de 1990, à custa de emendas constitucionais, medidas provisórias e política econômico-financeira-monetária.

Esta avaliação conjuntural dos anos 80 e 90 dificilmente explica a persistência da construção do SUS desde 1991. Se, por um lado, essa construção não vem se dando na intensidade, velocidade e coerência com os princípios e diretrizes, que foram previstos e desejados durante os debates e a votação das Leis 8.080/90 e 8.142/90, por outro lado, as heranças perversas do modelo assistencial 'pré-SUS', que resistem e perduram no interior de várias instituições integrantes do SUS, vêm perdendo terreno, anos após ano, para os avanços da construção do novo modelo assistencial, seja no acesso universal, na equidade, na descentralização, na atenção básica à saúde, na integralidade, na intersectorialidade e, mais recentemente, no financiamento estável e gradativamente elevado (ainda que discretamente) para os próximos quatro anos, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, de 13/9/2000.

O crescimento quantitativo e qualitativo dos 'novos atores', a partir de 1991, faz parte de um formidável e complexo conjunto de esforços, que vem possibilitando ao SUS 'remar contra a correnteza'. A força motriz deste conjunto de esforços reside em muitos fatores, entre os quais:

- rápida e resoluta adesão dos municípios à descentralização e municipalização dos serviços de saúde, mobilizando as entidades estaduais e nacionais, os prefeitos e os secretários municipais de Saúde e, indiretamente, os parlamentares da região;
- rápida e significativa elevação da participação dos orçamentos próprios dos municípios, no financiamento do SUS;
- desenvolvimento de 'interinfluências' e sinergismo entre os gestores do SUS das três esferas de governo, através das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites;
- rápido crescimento dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, o que potencializou o envolvimento das entidades e instituições dos vários segmentos da sociedade na construção do SUS;

- desenvolvimento do pluralismo social, institucional e partidário, na construção do SUS, explicitando sua legitimação e força política;
- processo de adesão consciente e intensivo de todos os ministros da Saúde dos anos 90 ao SUS, processo este que se aprofundou no exercício dos mandatos e cujo fator novo e decisivo foi a influência marcante do CONASS, CONASEMS e CNS, conferindo o imprescindível realismo, direcionalidade e legitimidade, antes precários, na governabilidade do Ministério da Saúde;
- incorporação dos recursos financeiros e institucionais do ex-INAMPS, e sua força política correspondente, aos gestores federais, estaduais e municipais do SUS;
- reação política e institucional contra a política econômica que resultou nas ‘sangrias’ financeiras federais de 1992-93 e 1995-96, que geraram o esforço pela CPMF, sua absorção na área financeira, as negociações/pressões que obtiveram a estabilidade do financiamento federal após 1996 e, finalmente, a aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000;
- a surpreendente capacidade do referido ‘exército’ dos novos atores da década de 90 para gerar alto nível de reflexão sobre o processo da construção do SUS e aguçada formulação de imagens-objetivos e estratégias no âmbito local, regional e nacional. A ‘inteligência’ deste exército encontra-se pouco identificada, sistematizada e organizada. Está ainda difusa na amplitude do próprio ‘exército’ nas 27 unidades federadas e, em aproximadamente, metade dos 5.507 municípios.

Foi na década anterior, nos anos 80, que a ‘inteligência’ formuladora da Reforma Sanitária brasileira identificou, sistematizou e organizou, a partir de um movimento nas instituições de ensino superior e pesquisa na área da Saúde Pública, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), bem como ‘nichos’ nos ministérios da Previdência Social e da Saúde e em algumas secretarias estaduais e municipais de Saúde.

Esse movimento realizou-se no bojo do aguçamento das contradições nos setores previdenciário e da saúde no regime militar e do esgotamento das soluções do próprio modelo autoritário-militar. Os segmentos engajados na luta pelas liberdades democráticas, tanto na sociedade organizada, como em ‘enclaves’ nas três esferas de governo, buscavam soluções em espaços subalternos, porém consistentes, das práticas e organização dos serviços de saúde, como também no modelo italiano de reforma sanitária (da época) e nos modelos de sistemas de saúde inglês e cubano.

Na década seguinte, a Reforma Sanitária brasileira amplia-se e apóia-se na crescente reflexão, formulação de estratégias e produção de conhecimentos, gerados na prática dos ‘novos atores’. Esta prática vem trazendo uma riqueza incomensurável e inimaginável, tanto nas armadilhas anti-sociais e antipublicistas dos anos 90, como, e principalmente, nas correções de percurso, democratização da participação e aprofundamento da própria Reforma Sanitária.

Este novo patamar de ação ainda não se expressa com a mesma intensidade na esfera da produção e da publicação acadêmica de conhecimentos, tampouco na formação de profissionais de saúde de acordo com as novas demandas do sistema de saúde em construção.

Dentre tantos desafios enfrentados e vencidos, o SUS ainda não chegou a cumprir seu papel constitucional de ordenador da formação de recursos humanos. Do mesmo modo como se demorou a produzir intervenções vigorosas e eficazes no sentido da mudança do modelo de atenção, não se avançou na definição dos perfis profissionais necessários, nem na formulação de uma política que articule formação profissional, necessidades do sistema e adequada distribuição dos profissionais.

Há muitas explicações para esse atraso: a rigidez da universidade e a dificuldade de abrir espaços reais de colaboração entre ela e o SUS (basta lembrar a dificuldade existente para, de fato, inserir os hospitais universitários no sistema); o deslocamento de boa parte dos setores progressistas da área da saúde da universidade (especialmente da saúde coletiva) para o terreno prático de construção do SUS; o predomínio de uma concepção meio determinista que considerava que, ao se estabelecerem mudanças na organização do sistema e do mercado do trabalho, automaticamente iriam ocorrendo as mudanças na formação profissional; as dificuldades para vencer o corporativismo na organização do trabalho e do processo de formação; a histórica desarticulação entre saúde e educação, especialmente, nos níveis mais centrais de governo.

Apesar disso, houve movimentos positivos. Desde a segunda metade dos anos 80 multiplicaram-se experiências inovadoras (ainda que isoladas) de integração docente-assistencial (especialmente nas áreas de saúde coletiva e da criança); cooperação entre universidades e serviços de saúde para o desenvolvimento de capacidade de gestão, de planejamento, de sistemas de informação, de capacitação profissional em várias áreas etc.

Desde o início dos anos 90, há dois movimentos (não excludentes) que se destacam na área de mudanças da formação profissional. Um deles é a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), que articula as escolas médicas do país em torno da avaliação como instrumento fundamental

para produzir as necessárias mudanças na formação profissional. Embora ainda não tenha produzido resultados mais significativos, é inegável que a CINAEM conseguiu colocar em movimento uma parcela dos docentes e um contingente bastante significativo dos estudantes. Existe atualmente consciência da necessidade de mudança e certo acúmulo conceitual e político a respeito do ponto aonde se quer chegar, bem como uma presença ativa das escolas médicas em muitos dos assuntos relevantes à educação médica.

O outro movimento significativo é o representado pela Rede UNIDA. A Rede congrega pessoas, instituições e projetos que consideram que o trabalho articulado da universidade com os serviços de saúde e com a população é a estratégia fundamental e mais potente para desencadear os processos de mudança da formação profissional. Existe um grande número de projetos inovadores e algumas experiências de transformação radical já em desenvolvimento. A Rede tem também se posicionado de maneira bastante efetiva, buscando contribuir para a articulação dos atores estratégicos da saúde e da educação para a criação de cenários políticos gerais que favoreçam os processos de mudança.

Para que seja superada essa defasagem em relação a outros campos da Reforma Sanitária, é necessário que o trabalho articulado entre universidades e serviços de saúde esteja presente com importância nas agendas políticas nos dois setores e que se estabeleçam mecanismos de cooperação para enfrentar os problemas de todos os tipos: produção de conhecimento, formação profissional e educação permanente etc.

QUESTÕES PENDENTES NA ORGANIZAÇÃO E NO FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

As perguntas relacionadas a seguir foram selecionadas como exemplos entre as várias que vão surgindo na atuação dos Conselhos de Saúde. Várias respostas já foram solicitadas aos órgãos competentes e várias outras deverão ser formuladas pelos próprios Conselhos de Saúde, a começar pelo CNS. As informações aqui apresentadas destinam-se a contribuir e a estimular respostas definitivas das instituições competentes.

1. *O(A) parlamentar senador(a), deputado(a) federal, deputado(a) estadual e vereador(a) pode ser conselheiro(a) de saúde?*

- Sendo o Poder Legislativo constitucionalmente destinado a 'legislar' (formular e definir políticas gerais e específicas) e a 'fiscalizar' o Poder Executivo; sendo os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, perante a Constituição,

independentes e harmônicos entre si e sendo o Conselho de Saúde (colegiado de controle social) órgão do Poder Executivo, cabe ao parlamentar, na área de saúde, legislar e fiscalizar. Na condição de parlamentar, poderá desempenhar função legal no Poder Executivo somente em caso de licença ou afastamento da função no Poder Legislativo, mesmo que desfrute de cargos ou representações em entidades da sociedade organizada. O mandato eletivo de representante da população é no Poder Legislativo, e não no Executivo.

2. Partido Político pode fazer parte de Conselho de Saúde? Representa Usuários?

- Segundo a Lei 8.142/90, somente representantes dos usuários, profissionais, prestadores e governo (gestores) têm assento no Conselho. O fato de o princípio constitucional da *universalidade* dar o direito de todos os cidadãos brasileiros serem usuários do SUS não justifica que entidades ou instituições, que não sejam as dos quatro segmentos, a começar dos usuários, devam fazer parte dos Conselhos.

Quanto aos usuários, as entidades mais comuns são os sindicatos (suas federações e confederações), as organizações comunitárias, religiosas, os movimentos e entidades das minorias, as entidades de portadores de doenças ou deficiências, os movimentos populares de saúde, os movimentos e as entidades de consumidores, as entidades científicas e outras. Se um partido pleitear o direito, o dever será do conjunto dos partidos para manter o caráter pluripartidário do Conselho de Saúde: ou todos ou nenhum. Mas ainda assim, há equívoco de legitimidade de representação dos segmentos, porque essa não é a finalidade dos partidos.

3. Como deve ser o processo de escolha das entidades e instituições que devem integrar o Conselho de Saúde?

- Na construção de um Estado realmente democrático, este processo deve iniciar-se, obviamente, no seio da sociedade organizada, através das mobilizações e articulações das entidades e instituições que representam os quatro segmentos básicos dos Conselhos de Saúde, sempre em função das suas representatividades, legalidades (devem ser legalmente constituídas, com estatutos registrados e atas das eleições e reuniões) e legitimidades.

A experiência de anos de criação e funcionamento dos Conselhos de Saúde propiciou a organização de ‘fóruns’ de entidades representativas de um mesmo segmento, principalmente, quando o número de vagas no Conselho é menor que

o número de entidades do segmento, quando então as negociações apontam para o rodízio, pelo menos anual, e reuniões periódicas do fórum para orientar os posicionamentos dos representantes do segmento no Conselho. Este início do processo de escolha deve apontar, necessariamente, para as articulações com o Poder Legislativo, que, ao final, irá discutir e votar a lei (ou alteração da lei) que estabelece o número de Conselheiros e as entidades que compõem o Conselho de Saúde. O grau de organização e mobilização da sociedade e suas entidades, bem como o grau de representatividade e legitimidade das entidades, nas articulações com o Poder Legislativo, é que irão definindo, com o tempo, a composição dos Conselhos de Saúde.

A lei poderá não explicitar as entidades que comporão o Conselho de Saúde, mas estabelecerá os critérios para habilitação das entidades e instituições que pleitearem, assim como os mandatos das entidades e dos Conselheiros, além do processo eleitoral das habilitações, a ser presidido pelo Ministério Público.

4. Como devem ser escolhidos os representantes de cada entidade e instituição que integra o Conselho de Saúde, na condição de conselheiros titulares e suplentes?

- Definida a composição dos Conselhos de Saúde, em lei ou decreto (neste caso, até a promulgação da lei), a escolha do(a) representante é responsabilidade exclusiva da entidade ou da instituição, e este ato deve obedecer às normas internas, regimentais e legais, de cada entidade e instituição.

5. É competência dos Conselhos de Saúde definir e decidir, através do seu plenário, ou de Comissão Técnica do Conselho sobre questões de programação de ações de saúde, de alocação de recursos do SUS, de organização da rede de serviços, de habilitação/desabilitação de municípios e estados nas várias condições de gestão, e outras questões típicas da Gestão e das competências dos Gestores?

- Os Conselhos de Saúde, pela lei, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, não sendo da sua competência assumir qualquer ato de gestão. Cabe ao Gestor submeter ao conselho a apreciação prévia dos seus atos de gestão mais relevantes, como o plano, o orçamento, as normas básicas, a avaliação dos resultados para a população, os critérios para a organização da rede de serviços, habilitação nas condições de gestão e outros.

Cabe ao Conselho acompanhar e controlar as respectivas execuções, mas não substituir o Gestor na sua falha. Por maior que seja essa falha, o Conselho deve esgotar o espaço da discussão, do conhecimento suficiente das questões e

do convencimento/negociação. Esgotados esses espaços e esforços, e permanecendo comprovado o desvio das diretrizes legais do SUS, cabe ao Conselho articular-se com o Poder Legislativo (fiscalizador do Poder Executivo), com o Ministério Público, com o Tribunal de Contas, e até com a Justiça Comum, mas nunca assumir a Gestão, mesmo que autoridade desavisada ou equivocada do Poder Judiciário lhe ‘outorgue’ esta competência.

6. *A metade dos conselheiros(as), que não representa as entidades dos usuários, deve ser dividida somente em duas partes (trabalhadores de saúde e prestadores de serviços), cada uma com 25% dos conselheiros(as)?*

• A Lei 8.142/90 é clara e inequívoca quando diz, explicitamente, que essa metade dos conselheiros(as) deve ser composta de três e não dois segmentos, que são: profissionais de saúde, prestadores de serviços e governo. A pergunta formulada procede de recomendação constante da Resolução 33/92 do CNS, e o equívoco foi causado pela pouca clareza, em 1992, entre os significados de *prestador público de serviços* e *governo*. A partir das discussões que geraram a histórica NOB-93 e depois a NOB-96, esses significados ficaram definitivamente claros, quais sejam:

- a) *prestadores de serviços* – podem ser os privados, principalmente, os contratados e conveniados pelo governo municipal, estadual e federal, e podem ser os públicos, como os hospitais universitários e de ensino público, as autarquias, fundações e empresas hospitalares públicas e outras que são conveniadas pelos governos.
- b) *governo* – são os governos municipal (prefeitura), estadual e federal, representados no SUS, pela Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde. São os três níveis de direção única do SUS. Os governos (Gestores) contratam e conveniam tanto os prestadores públicos como os privados. A tendência hoje é de a própria estrutura da Rede Básica de Postos, Centros e Ambulatórios de Saúde deixar de ser administrada diretamente pelo nível central das secretarias municipais (dos municípios médios e grandes) e evoluir para as várias formas de autonomia administrativa das unidades públicas. O âmbito do prestador público é a unidade pública de prestação de serviços, ambulatorial, laboratorial ou hospitalar, e o âmbito do Gestor é o sistema, municipal, estadual, do DF ou nacional.

Por isso, a confusão entre “prestador público de serviços” e “governo/gestor” já foi desfeita há vários anos, resgatando os três segmentos sabiamente previstos na

Lei 8.142/90 pelos legisladores, para compor a metade do Conselho de Saúde, que não é a dos usuários. A própria divisão dessa metade, em dois quartos de 25%, deverá também ser relativizada, tendo em vista as realidades do peso de participação de cada um dos três segmentos, em cada município e estado. Passados os anos, já há experiência acumulada e consciência de que o espaço dos profissionais de saúde é reconhecido, respeitado e definido pela mobilização das suas entidades, dispensando a padronização 'engessada' de 25%.

7. As entidades dos prestadores de serviços podem indicar representantes de profissionais, e as dos profissionais podem indicar representantes dos usuários?

- Esta confusão já foi mais freqüente, embora ainda continue a existir em menor grau. É uma confusão propositada, corporativista e autoritária, que desrespeita o outro segmento, querendo representá-lo, também, aproveitando-se do seu baixo nível de organização ou informação, quando, na verdade, deveria estimular a sua organização e representação própria.

Com o passar dos anos, em relação ao funcionamento dos Conselhos de Saúde, vai ficando cada vez mais claro quais são as entidades dos prestadores de serviços, dos profissionais e dos usuários.

8. Os clubes de serviços, como Rotary Club, Lions Club e outros, podem integrar os Conselhos de Saúde?

- Este ponto deve ser definido pelas mobilizações e articulações da sociedade organizada em cada município e estado, junto com o Poder Legislativo, dependendo da relevância e do tipo de atividades do clube de serviços. Na X Conferência Nacional de Saúde, foi aprovada uma indicação excluindo os clubes de serviço. Houve, no mínimo, um grande equívoco quando os proponentes generalizaram uma possível questão localizada em um município, o que constitui autoritarismo em relação aos municípios onde não surgiu o problema.

9. Uma mesma pessoa de determinada entidade ou instituição pode ser conselheiro(a) em mais de um conselho de saúde, como em mais de um conselho municipal na região, ou em um conselho municipal e no estadual, ou no estadual e no nacional?

- Em cada Conselho Municipal, devem estar representadas as entidades e instituições existentes no município. As entidades de outros municípios, mesmo vizinhos, não reúnem condições mínimas de representatividade e legitimidade no município em que elas não se constituem. O grau de organização e articulação da

sociedade em cada município é que define a composição do Conselho Municipal. As entidades e o grau de organização e articulação no município vizinho devem dar conta da boa organização e funcionamento do Conselho de Saúde do respectivo município.

Tampouco, um(a) conselheiro(a) do município onde reside pode ser conselheiro(a) de outro município onde não reside. As únicas exceções são: a) representação de instituição pública nacional ou estadual em Conselho Municipal, decididas em lei; e b) profissional de saúde cujo local de trabalho permanente é no município vizinho ao da sua residência e, por coincidência, é escolhido por sua entidade, para representá-la no município onde trabalha.

O mesmo raciocínio aplica-se aos conselheiros que querem representar sua entidade em Conselho Municipal e Estadual, ou no Estadual e no Nacional, pois, além de conceder a representatividade e legitimidade, não percebem que estão impedindo o desenvolvimento de lideranças novas ou o reconhecimento de outras lideranças já existentes na mesma entidade, o que fragiliza e distorce a própria entidade e a categoria.

10. O plenário do Conselho de Saúde pode dirigir-se à direção de entidade ou instituição representada no Conselho, a respeito do comportamento do(a) conselheiro(a) representante?

- Isto pode ocorrer somente nos casos de evidências, reconhecidas pelo plenário, de atuações do conselheiro(a) discordantes da posição da própria entidade ou instituição representada, sobre temas relevantes com referência aos princípios e diretrizes do SUS.

11. A representação do Gestor (Governo) no Conselho de Saúde pode coincidir com cargo na Secretaria Executiva do Conselho?

- Os secretários de saúde municipais e estaduais e o ministro da Saúde podem delegar a um técnico ou dirigente da instituição a sua representação no Conselho de Saúde, mesmo que este representante seja da própria Secretaria Executiva que dá apoio ao Conselho. Apesar da sua legalidade, esta delegação encerra conflito de interesses que pode fragilizar seu desempenho.

12. Quem pode coordenar o Conselho?

- Qualquer conselheiro(a) indicado(a) por seus pares, dependendo das negociações entre os segmentos, da lei ou decreto que cria o Conselho e do seu

regimento interno. É preciso distinguir a presidência ou coordenação do Conselho, da coordenação das reuniões plenárias do Conselho. As reuniões podem ser coordenadas por um ou mais conselheiros, em rodízio, escolhidos por seus pares, principalmente nos conselhos que possuem regimento interno detalhado, quanto à coordenação, das reuniões. Neste caso, a presidência ou coordenação geral do conselho poderá ficar com o secretário ou ministro. Isto porque estimula o vínculo e apoio do Gestor ao Conselho.



GESTÃO INTERGOVERNAMENTAL E FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: APONTAMENTOS PARA OS GESTORES MUNICIPAIS

Francisco Carlos Cardoso de Campos

INTRODUÇÃO

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é um tema que tem sido objeto de diversas análises, sendo a linha dominante tributária dos estudos do chamado “federalismo fiscal”. Neste enfoque, o centro das atenções se dirige para os montantes de recursos arrecadados pelos entes federados, as fontes que originaram estas receitas, a composição das propostas orçamentárias, a análise de sua execução, bem como os critérios de distribuição e os mecanismos de transferência de recursos entre os três níveis de governo, dentre outras questões de vital importância para o funcionamento do sistema. No entanto, seria exaustivo e mesmo desnecessário reproduzir, nos estreitos limites deste artigo, a profusa massa de informações atualmente disponível em fontes especializadas.

Optou-se, aqui, considerando o grande número de novos gestores municipais, por deslocar o eixo da discussão para aspectos, muitas vezes relegados a segundo plano, relacionados à gestão mesma do sistema, no que ela se relaciona com a dinâmica dos mecanismos de financiamento. O enfoque nas *relações* e na *gestão intergovernamental* das políticas de financiamento apresenta-se adequado nesse contexto, aportando conceitos que possam ser úteis na resolução positiva do conflito distributivo e na melhoria da eficácia alocativa do sistema.

SUS COMO UM SISTEMA DE RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS

As limitações do campo do federalismo são apontadas por Wright (1997), ao criticar o caráter formalista e prescritivo dos estudos nessa linha, ao mesmo tempo que restringe seu foco à análise das relações estatais-nacionais. Propõe, então, o conceito de relações intergovernamentais (RIGs) para abarcar “a rica gama de ações e concepções informais dos funcionários que de outra forma permaneceriam submersas” (Wright, 1997: 101).

O conceito de RIGs inclui as complexas relações entre os funcionários públicos pertencentes aos diversos níveis de governo, predominantemente as informais e não hierárquicas, privilegiando os modos concretos de formulação e implementação das políticas públicas. Essa abordagem apresenta, assim, inúmeras vantagens em relação ao enfoque clássico do federalismo na compreensão do funcionamento real do sistema político em geral e da administração pública em especial, embora não invalide as análises federalistas, atuando como “um novo par de lentes, fazendo visíveis a variedade de cores, o terreno e as pautas do panorama político que antes estavam obscurecidas” (Wright,1997: 101).

O conceito de RIGs surgiu na década de 30 como fruto da reflexão sobre o sistema federal dos Estados Unidos da América. O termo, segundo Wright (1997: 68), passou a ser utilizado “com o advento do *New Deal* e do amplo esforço de governo nacional para combater o caos econômico e social causado pela Grande Depressão”.

O surgimento desse termo e sua progressiva conceituação posterior esteve ligada ao Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) e às políticas utilizadas para viabilizá-lo:

Desde os anos 30 até a atualidade, a investigação e a prática das RIG têm sido motivada por uma grande preocupação com a prestação eficaz de serviços públicos a seus clientes, sejam eles grupos particulares na sociedade ou a toda a cidadania. Como resultado disso, as atividades distributivas e redistributivas do ‘serviço’ ou estado de Bem-Estar suplantaram as funções regulatórias do governo nacional ou o controle social. (Wright, 1997: 69)

O interesse no tema surgiu, segundo Rose (citado por Agranoff, 1992), pelo fato de a organização e a prestação de serviços próprios do Estado de Bem-Estar Social representarem uma das principais tarefas governamentais, o que, frente à impossibilidade de sua execução em uma ampla base territorial, obriga o envolvimento de vários níveis de governo:

O governo central fixa geralmente as condições de prestação ou estabelece os parâmetros dos serviços mas não os administra. O resultado, o envolvimento de diversas instituições pertencentes a distintos níveis de governo, nos sugere a existência de uma situação de interdependência. Em resumo, a atuação pública implica a presença de uma dimensão territorial no exercício da autoridade junto ao desempenho de determinadas responsabilidades funcionais. A clássica concepção unitarista do Estado já se encontra superada. Não estamos ante uma organização monolítica ou um todo

indiferenciado, mas sim em presença de uma realidade complexa na qual há lugar para o conflito, o jogo político e as relações de intercâmbio. (Agranoff, 1992: 181)

O interesse pelo estudo das RIGs, em uma perspectiva comparada, foi localizado por Agranoff (1992: 179) no final da década de 70, como “uma tentativa de superação das análises tradicionais acerca dos sistemas unitários e federais”. Este autor adotou a definição de RIGs proposta por Anderson (1960: 3), que as considera “um importante contingente de atividades ou interações que têm lugar entre unidades de governo de todo o tipo e nível dentro do sistema federal”.

Esses mesmos autores enfatizam que a situação de interdependência entre os níveis ou organizações governamentais na prestação de serviços faz com que os vínculos reais não sejam necessariamente aqueles estabelecidos nas normas jurídicas.

Uma extensa revisão do marco das relações intergovernamentais e, especialmente, da gestão intergovernamental, enfocando historicamente o caso brasileiro e o movimento descentralizador imprimido pela Constituição de 1998, foi realizado por Muniz (1998).

O modelo de organização do SUS definido na legislação como função concorrente dos vários níveis de governo com atribuições complementares e solidárias, bem como a prática da sua gestão poderiam ser considerados como dando curso a um típico sistema de relações intergovernamentais.

Nesse sentido, os cinco traços distintivos das relações intergovernamentais propostos por Wright (1997) poderiam ser assinalados no funcionamento do SUS:

- 1) as relações intergovernamentais transcendem as pautas de atuação governamentais reconhecidas e incluem uma ampla variedade de relações entre todas as unidades de governo. Não se limitam às relações estatais-nacionais e interestatais, às quais se prende o enfoque das análises clássicas do federalismo, mas englobam também as relações entre o nível nacional e o local, as locais-estatais e as interlocais;
- 2) a importância do elemento humano: “não existem relações entre governos, unicamente se dão relações entre pessoas que dirigem as distintas unidades de governo”, através de relações de “ajuste mútuo”, “construção de consenso” e “pacificação”;
- 3) “as RIGs incluem os contatos contínuos dos funcionários e os intercâmbios de informação e de opiniões”. Os participantes das RIGs se preocupam,

sobretudo, “para que as coisas se façam, quer dizer, pelos arranjos informais, práticos e orientados a metas que podem realizar-se dentro do marco formal, jurídico e institucional dos funcionários”;

- 4) “qualquer tipo de funcionário público é, ao menos potencialmente, um participante nos processos intergovernamentais de tomada de decisões nas RIGs”;
- 5) “as relações intergovernamentais se caracterizam por sua vinculação às políticas públicas”, com interações nas diversas fases de formulação, implantação e avaliação das políticas. “As políticas consistem de intenções e ações (ou inações) de funcionários públicos e as conseqüências destas ações” (Wright, 1997: 71-87).

A Constituição Federal de 1988 reafirmou o federalismo como forma de estruturação político-territorial do Estado e procurou garantir “as condições jurídicas e financeiras para o efetivo exercício da autonomia das esferas de governo” (Muniz, 1998: 4). Esse tipo de arranjo federalista decorreu da crescente complexidade da estrutura socioeconômica do país, e o desenvolvimento de seu sistema político redundou na expansão das funções públicas do Estado, demandando um esforço de coordenação intersetorial e regional para garantir seu êxito (Muniz, 1998).

No caso da organização do SUS, a legislação prevê funções concorrentes e ações articuladas dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), em estreita coerência com o modelo federativo estabelecido.

O processo de implementação do SUS tem, no seu financiamento, um reconhecido ponto crítico, por causa das implicações diretas sobre a magnitude e a qualidade dos serviços de saúde prestados à população usuária. Não apenas as enormes restrições financeiras têm sido apontadas como limitadoras, mas também as diversas dimensões do modelo de financiamento: as bases de arrecadação dos recursos que compõem as fontes de receita, a oportunidade de vinculação destas fontes, os mecanismos de transferência de recursos entre os níveis do sistema (federal, estadual e municipal), as formas de regulação e remuneração dos atos médicos (Mendes, 1996).

O modelo de financiamento definido pela legislação, bem como o efetivamente implantado, tem sido objeto de permanentes conflitos e embates nos campos técnico e político entre atores situados nos três níveis de governo ou representando grupos de interesse.

A necessidade do afluxo ininterrupto de recursos para o custeio da rede de serviços, o modelo de organização descentralizado do SUS estabelecido pela

Constituição de 1988, associado às dificuldades da aplicação direta dos critérios de distribuição de recursos previstos na legislação, bem como as mudanças conjunturais observadas no processo de implementação do sistema determinam a configuração de um espaço de contínua negociação e repactuação dos critérios de distribuição dos recursos centralmente arrecadados pelo nível federal. Essas características permitem considerar o SUS como um típico sistema de relações e de gestão intergovernamentais.

CONFLITO PELOS RECURSOS NUMA ARENA REDISTRIBUTIVA

Löwy (1964) propõe a existência de “arenas de políticas”, “delimitadas pelos impactos de seus custos e dos benefícios que os grupos de interesse esperam de sua implementação” e as classifica em quatro categorias: 1) as “políticas regulatórias, formadas por normas e cuja coerção se exerce de forma direta e imediata sobre o comportamento individual”; 2) as “políticas distributivas, que consistem na repartição dos recursos mediante sua desagregação em pequenas unidades independentes umas das outras e livres de toda regra general”; 3) as “políticas redistributivas, que implicam o estabelecimento de critérios por parte do setor público, dando acesso a vantagens que se outorgam não a sujeitos específicos, mas a classes de casos ou de sujeitos”, sendo a “arena mais conflitiva de todas”; 4) as “políticas constitutivas, que se traduzem em definições, por parte do poder público, das regras do jogo em geral, podendo significar reformas constitucionais, institucionais ou administrativas”, apresentando “um elevado grau de conflito” (Muniz, 1998: 17).

O caso do financiamento do SUS poderia ser enquadrado no grupo das ‘políticas redistributivas’, de elevado potencial de conflito,¹ constituindo uma dimensão de uma política setorial mais ampla representada pelo SUS, passível de ser qualificada como uma ‘política constitutiva’, também espaço de elevado grau de conflito, a se aplicar as mesmas categorias de Lowy (1964). No financiamento do sistema, qualquer realocação de recursos para uma área ou unidade federativa significa, necessariamente, o seu remanejamento de outra unidade, a não ser que haja crescimento do volume global de recursos, fato que ocorre com pouca frequência. Daí o inerente caráter redistributivo da arena.

¹ O conflito pode ser definido como “uma contenda a respeito de valores, ou por reivindicações de *status*, poder e recursos escassos, na qual os objetivos das partes conflitantes são não apenas obter os valores desejados mas também neutralizar seus rivais” (Coser, 1996:120), podendo ocorrer entre indivíduos ou coletividades. Para alguns autores o conflito “implicaria choques para o acesso e a distribuição de recursos escassos” tendo, portanto, “sempre um caráter redistributivo. Não se trataria, neste caso, do conflito interpessoal no sentido psicológico mas no sentido do conflito social e político” (Pasquino, 1995:225)

Wright (1997) ressalta que nas RIGs os conflitos convivem simultaneamente com espaços e iniciativas de cooperação, o que o leva a concluir que a cooperação e o conflito não se manifestam objetivamente como pólos opostos, mas como um continuum. Argumenta o autor que as situações marcadas pela dificuldade de 'crescimento do bolo' resultam na adoção pelos atores de estratégias de soma zero, em que os ganhos de uma parte implicam necessárias perdas da outra, quadro que se poderia transplantar para o Brasil, considerando a situação econômica marcada por baixas taxas de crescimento econômico e pelas políticas de ajuste fiscal em curso.

As possibilidades de cooperação crescem também na medida em que se aperfeiçoam as 'tecnologias sociais' para a resolução dos conflitos: "A mediação das disputas em RIGs é um enfoque na resolução de conflitos sem recorrer aos tribunais nem a estratégias, encobertas ou dissimuladas, de influência política" (Wright, 1997: 627).

A constituição de espaços formais ou informais de negociação entre os gestores responsáveis pela definição dos critérios de distribuição dos recursos do SUS, nos moldes das Comissão Intergestores Tripartite (CIT), nacional, e das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs), nos estados, pode ser considerada como arranjos institucionais que foram sendo plasmados no decorrer do processo de implementação do sistema, por força das circunstâncias decorrentes do arranjo federativo e pelo potencial conflitivo permanente do funcionamento de uma arena do tipo redistributivo.

O PAPEL DO GESTOR MUNICIPAL NO FINANCIAMENTO DO SISTEMA COM PARTICIPANTE DE UMA REDE INTERGOVERNAMENTAL

Wright (1997) assinala que os administradores públicos estão envolvidos em um grande número de interações intergovernamentais. Essas complexas e intensas relações entre os administradores conformam estruturas que se afastam das formas clássicas de organização administrativa do Estado e remetem aos conceitos de redes² e de redes intergovernamentais.

² O conceito de rede e as diversas utilizações do termo nas ciências sociais foi revisto por Lioila & Moura (1997: 63), associando-o às "novas formas de organização e gestão do trabalho, resultantes de questionamentos quanto à eficácia das estruturas burocráticas e hierárquicas, emergindo daí formas mais *soft* e orgânicas de interação nas instituições". Para as autoras as redes apresentam como características básicas "a interação de atores e/ou organizações formais com informais e a regularidade nessas interações", podendo ser estas interações "mais ou menos formalizadas ou até informais, baseando-se em projetos e ações comuns". A consideração de "um arranjo organizacional como rede abre a possibilidade de perceber os atores/agentes em suas interações e propósitos e, portanto, em uma dinâmica processual" (p. 64). As noções de fluidez, complementariedade e interdependência entre atores e organizações, comandados, em maior ou menor medida, por um centro gerador, servem para indicar redes que se aproximam quer do padrão unidirecional, quer do multidirecional" (p.64). Por essas características, o conceito de rede se aproxima e, de certa forma, complementa o conceito de relações e gestão intergovernamentais, quando aplicado às interações entre os entes federados.

Para Mandell (1994: 235), estes padrões de interação conformam “redes intergovernamentais”, envolvendo “várias diferentes ações relacionadas por meio de um tipo específico de interação e dentro de um certo contexto”. Segundo a mesma autora, essas redes englobam diversas organizações que “operam num campo total” em que “os membros (organizações e/ou indivíduos) da rede representam entidades legais separadas e diferentes (por exemplo, organizações e/ou organismos da localidade, do estado, federais e do setor privado)”. As linhas de autoridade e controle não seriam claramente definidas nesse tipo de arranjo interorganizacional, apresentando-se como sistemas de “engrenagem flexível”.

Já Agranoff (1991: 204) destaca que “as redes intergovernamentais se caracterizam pelo fato de serem, simultaneamente, políticas, administrativas e interorganizativas”.

Mandell (1994: 236-7) classifica dois tipos de estrutura de rede: as redes por projeto (organizadas para dar conta de projetos específicos) e as redes funcionais (que “existem independentemente da execução ativa ou não de projetos”). Para ela, “a idéia-chave é que a rede interorganizacional se converte em uma vinculação de um variado número de organizações e/ou indivíduos dentro de um todo coerente”.

Os padrões de contato e os mecanismos de comunicação utilizados desempenham, segundo a autora, elementos para que condicionem a capacidade dos administradores para operar estas ‘redes de gerência’:

Posto que não há formas de depender de instruções ou regras específicas para reger as ações dos membros da rede organizacional, a comunicação efetiva se torna o elemento crítico da execução de projetos. Por conseguinte, as redes de gerência constituem uma ferramenta para alcançar o tipo de comunicação multilateral indispensável nestes contextos. A capacidade dos gerentes para utilizar estas redes de gerência requer que dominem ‘tanto a estrutura das redes’ como o processo de ‘trabalhar em rede’ (construir relações). (Mandell, 1994: 245-6)

Outro aspecto relevante no funcionamento das redes intergovernamentais é o padrão adotado de coordenação da ação dos diversos atores envolvidos. A coordenação nas redes pode ser qualificada de ‘multilateral’, não baseada na hierarquia entre níveis de governo.

Os gerentes na rede interorganizacional na realidade não estão gerenciando diferentes níveis de governo; estão gerenciando relações que atravessam os distintos níveis de governo. Os esforços de coordenação hierárquica fracassam porque não tomam em conta este aspecto singular da gerência dentro da rede. (Mandell, 1993: 197)

Os atores se relacionam com alto grau de informalidade, atuando em espaços paralelos às linhas de mando hierárquicas com alto grau de autonomia e baixa necessidade de coordenação vertical. Essa autonomia dos atores, frente aos ocupantes dos cargos de direção política, coloca-os em situação privilegiada de domínio das informações e da condução dos processos de negociação no setor, distanciando-se completamente 'do tipo ideal' de burocracia weberiano.

Apesar da grande informalidade das interações entre os atores da arena do SUS, um grau de formalidade é observado nas negociações, com utilização freqüente de propostas por escrito e circunscrição de grande parte das negociações a espaços e fóruns formalizados ou semiformalizados (Câmaras Técnicas, CIT, CIBs etc.).

Os atores envolvidos na pactuação dos critérios e mecanismos de financiamento do SUS se articulam em uma rede cuja estrutura se conforma de maneira bastante heterogênea e complexa. Observa-se grande diversidade na estruturação e funcionamento dessa rede, no nível dos estados e regiões, o que permite considerar a existência, não de uma única rede, mas de diversas 'sub-redes' (ou de componentes menores de uma única rede) que articulam atores situados em diferentes níveis do sistema de saúde, interligadas de forma mais ou menos consistente. Tais sub-redes apresentam graus diferenciados de desenvolvimento e intensidade das interações, conforme o nível em que se constituem (Campos, 2000: 110).³

No nível federal, uma sub-rede articula atores localizados na direção do Ministério e nas suas áreas técnicas com as representações dos estados (CONASS) e municípios (CONASEMS). Ao lado desse núcleo principal, situam-se atores no Conselho Nacional de Saúde e em outros órgãos da administração pública federal, como o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e o Ministério do Planejamento. Outro grupo de atores, que mais recentemente tem sido agregado à rede, é constituído por membros do Ministério Público Federal.⁴

Essa sub-rede constitui uma estrutura mais permanente, com contatos e negociações estabelecidos com grande freqüência. Embora haja uma grande alternância entre os atores individualmente, os canais diretos de consulta mútua

³ Estas conclusões, e as que se seguem, sobre a estrutura e o funcionamento das redes intergovernamentais no financiamento do SUS são resultados de uma pesquisa qualitativa envolvendo atores do nível federal e de um estado da federação, investigando os mecanismos de gestão intergovernamental utilizados pelos agentes públicos situados nos três níveis de governo na gestão dos conflitos relacionados à distribuição dos recursos de financiamento do SUS, descrita em Campos (2000). A análise da sub-rede estadual, apesar de ser fruto de um estudo de caso, foi estendida ao conjunto dos demais estados, generalização empreendida por este autor, a partir da observação direta, porém assistemática, de diversas situações assemelhadas. Sua confirmação definitiva aguarda observações sistemáticas posteriores.

⁴ O Ministério Público tem o dever, constitucionalmente estabelecido, de fazer valer os princípios legais do SUS, visto que a Constituição Federal de 1988 define a saúde como de 'interesse público', o que remete ao Ministério Público a responsabilidade por sua garantia.

e negociação dos conteúdos das políticas, normas e dos critérios de distribuição se realizam praticamente sem interrupções importantes.⁵

Relaciona-se essa sub-rede diretamente, mas de forma mais esporádica e pontual, com atores que compõem uma 'rede de assunto' mais ampla dedicada a estudos sobre a economia e o financiamento da saúde, situados na academia e em outros órgãos públicos e privados. A relação com os pesquisadores da academia manifesta-se em eventos e situações localizadas, sem articulação e interação permanentes.

Esta articulação entre as sub-redes é acionada em momentos específicos do processo, pelas posições privilegiadas ocupadas por seus membros em outros órgãos da administração pública federal.

No Conselho Nacional de Saúde (CNS) concentram-se também atores importantes na composição da sub-rede federal. Esta se articula com sub-redes estruturadas nos estados, de forma muito heterogênea, dependente da capacidade organizativa e da iniciativa dos atores situados nesse outro nível. Assim, os contatos são intermediados por atores situados em posição de direção (secretários de saúde estaduais ou seus adjuntos, diretores etc.). Tais contatos se dão de forma menos permanente do que aqueles verificados na *sub-rede* federal, são mais utilizados para consultas sobre posicionamentos em questões específicas.

Os contatos dos demais níveis técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde com os atores do nível federal se dão com menor frequência, ainda com elevado grau de informalidade. Os contatos visam tanto à resolução de questões operacionais e dúvidas em relação à implementação de decisões previamente tomadas, quanto à antecipação de decisões do nível federal e tentativa de interferência nas mesmas.

Na relação mais permanente da sub-rede federal com a sub-rede dos estados, em geral, determinados atores cumprem papel de interlocutores privilegiados nas relações. Essa situação resulta em limitações na difusão dos conteúdos dos pactos pelo interior do corpo técnico da Secretaria de Estado, antepondo-se com o que um 'filtro' nas informações, com conseqüências na implementação direta dos processos pelos técnicos responsáveis.

A participação na rede intergovernamental não anula as contradições inerentes à relação dirigentes/subordinados. Para Crozier (1981: 237), um dos traços da burocracia, responsável em parte pela sua rigidez, é a permanente luta

⁵ Momentos caracterizados pelo impasse nas negociações no fórum da CIT marcaram o primeiro semestre de 1999, chegando ao abandono momentâneo desse fórum pelas representações do CONASS e do CONASEMS, como mecanismo de pressão para que temas julgados relevantes para essas entidades retornassem à discussão naquela instância de negociação.

pelo poder entre dirigentes e subordinados. Ambos procurariam ampliar seu espaço de liberdade: os subordinados movimentando-se para ampliar a “parte deixada a seu arbítrio”, com vistas a reforçar seu poder de negociação e obter mais vantagens pessoais; os dirigentes agiriam “de forma completamente simétrica, esforçando-se para atingir seus objetivos e reforçar seu poder, tanto através da racionalização como da negociação”. O acesso à informação ou sua negação constituem mecanismos de controle dos dirigentes sobre os níveis de acumulação de poder dos subordinados.

Pelo lado formal, um momento da relação entre a sub-rede federal e a estadual se materializava, até um passado recente, em reuniões da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Esse fórum congregava maior número de atores, abrindo-se à participação de técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde envolvidos nas questões em pauta. Nos últimos anos, no entanto, este fórum não tem sido convocado a realizar o pré-processamento dos temas pautados na CIT.

O padrão de estruturação da rede intergovernamental no financiamento do SUS caracteriza-se, portanto, por uma grande heterogeneidade interna, com níveis de integração e de frequência de interações decrescentes na medida em que se caminha do nível federal para o estadual e o municipal.

A crescente desarticulação interna da rede à proporção que se aproxima do nível municipal pode ser imputada ao nível de capacidade técnica e disponibilidade de recursos humanos especializados nessa atividade, que claramente decresce nessa direção. A maioria dos municípios não dispõe de quadros profissionais em qualidade e quantidade suficientes para arcar com a operação dessa atividade altamente especializada e de custos significativos. Esses municípios, em geral, delegam à sua representação formal, via Colegiado de Secretários Municipais de Saúde ou outros órgãos representativos, a explicitação de suas reivindicações de incremento de recursos. Outra estratégia adotada por esses municípios é a contratação temporária de consultores especializados que elaboram e negociam as propostas.

A complexidade e heterogeneidade dessa rede intergovernamental demanda dos gestores municipais uma atenção especial e apresenta-se como uma importante questão a ser destacada em suas agendas. A sua participação ativa na rede intergovernamental vai condicionar fortemente suas possibilidades de garantia de recursos para o funcionamento dos sistemas municipais pelos quais são responsáveis. A interação permanente com os demais gestores municipais e com os atores dos níveis estadual e federal é condição para a melhoria da eficácia do funcionamento e maior integração da rede, especialmente das sub-redes estaduais, em geral caracterizadas por alto grau de desarticulação e fragmentação.

A DESCENTRALIZAÇÃO DEPENDENTE E VINCULADA

A legislação que instituiu o SUS definiu as bases do modelo de financiamento do sistema, tanto com respeito às fontes quanto aos mecanismos de transferência de recursos entre o nível federal e os estados e municípios (Brasil, 1990a, 1990b). Tal legislação prevê que os recursos federais deveriam constituir ‘transferências não condicionadas’ ou não negociadas, mobilizadas por mecanismos de ‘transferência direta e automática do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde.

Esse padrão definido na legislação configura um modelo de “descentralização dependente e vinculada” (Medici, 1994: 65). A ‘descentralização dependente’ se caracteriza por repasses do nível federal, instância arrecadadora, para os demais níveis, sujeitando-os ao cumprimento de requisitos formais de organização e alocação de recursos, diferenciando-se da ‘descentralização autônoma’, em que os recursos seriam arrecadados na própria instância local. A descentralização dependente se daria sob duas formas: a vinculada, baseada em transferências automáticas definidas em legislação; e a tutelada, baseada em transferências negociadas, o que agudizaria a condição de dependência dos níveis local e regional ao nível central, e alicerçada em alianças políticas ou técnicas efêmeras (Medici, 1994: 66).

Na prática do processo de implementação do SUS, observa-se um modelo misto, com as transferências automáticas calculadas sobre critérios pactuados convivendo como transferências negociadas, principalmente no caso de recursos de investimento. O condicionamento de transferências para cobertura de custeio de programas específicos de interesse do nível federal tem se ampliado, gerando reações dos gestores municipais, que reivindicam a plena autonomia de gestão sobre a totalidade dos recursos.

OS CRITÉRIOS DE DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS CONTIDOS NA LEGISLAÇÃO

A Lei Federal nº 8.080, de 19/09/90, estabeleceu explicitamente os critérios para a distribuição dos recursos federais para a saúde para estados e municípios:

Art. 35 - Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Parágrafo 1º - Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída pelo quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio. (Brasil, 1990a)

A Lei Federal nº 8.142, de 28/12/90, estabeleceu, posteriormente, maiores restrições ao arbítrio governamental, definindo como único critério a ser seguido, enquanto não se regulamentasse o artigo 35 da Lei nº 8.080, aquele contido no Parágrafo primeiro do mesmo, ou seja, “o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio”:

Art.3º - Os recursos referidos no inciso IV desta Lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no Art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Parágrafo 1º - Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no Art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente, o critério estabelecido no parágrafo primeiro do mesmo artigo.

Parágrafo 2º - Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

Parágrafo 3º - Os Municípios poderão estabelecer consórcio para a execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do Art. 2 desta Lei. (Brasil, 1990b)

Cabe esclarecer que o referido inciso IV do art. 2º da Lei Federal nº 8.142 se refere aos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) a serem alocados para a cobertura de ações e serviços de saúde e a serem implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal.

A imprecisão dos critérios de distribuição elencados pela legislação suscitou diversas tentativas de proposição técnica de critérios, como a apresentada em estudo de Vianna et al. (1990), já no mesmo ano de sua publicação. Estes autores se depararam com dificuldades em traduzi-los para parâmetros concretos e índices de ponderação definidos, obtendo-se simulações de perfis de distribuição

mais eqüitativos que os observados na prática, mas sempre vulneráveis a questionamentos pelas múltiplas possibilidades de escolha abertas, em decorrência da imprecisão do texto legal.

Ao resumir as conclusões da primeira simulação realizada por Vianna et al. (1990), que resultaria em uma distribuição semelhante à da população, na medida em que critérios concentradores eram anulados por critérios distributivistas, na ausência da utilização de ponderações, Mendes (1996: 197) observou que:

Uma simulação da aplicação dos critérios estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde, pelas macrorregiões brasileiras, com dados de 1989, levou a algumas conclusões: os perfis demográfico e epidemiológico favoreceram as regiões Norte e Nordeste; as características quantitativas e qualitativas da rede de serviços privilegiaram as regiões Sudeste e Sul; o desempenho técnico, medido pela cobertura vacinal, beneficiou as regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul; os níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais favoreceu as regiões Norte e Nordeste. A síntese dos critérios permitiu verificar que, em conjunto, eles aproximaram-se do tamanho populacional relativo, o que significa distribuição bastante igualitária mas não necessariamente eqüitativa.

Esse perfil mais igualitário de distribuição obtido pela simulação de Vianna et al. (1990) seria, para Mendes (1996), motivo para justificar resistências à aplicação dos critérios contidos na legislação e a prática observada de utilização de critérios outros a partir de processos de negociação entre os atores sociais interessados, expressos nas Normas Operacionais. Mendes (1996: 197) acrescenta que:

talvez por isso os critérios da lei não foram implementados na prática social, sempre sob justificativa de que faltava a regulamentação do Art. 35, da Lei 8.080/90. De fato, os critérios distributivos, no que concerne aos recursos da União, na parte que significa transferência para a assistência médica, vêm sendo construídos por normas operacionais que, pragmaticamente, desconhecem os critérios legais, dentro da melhor tradição nacional de fazer leis que não podem ou não devem ser cumpridas.

Outras propostas de critérios foram elaboradas por Oliveira Jr. (1992) e Castro et al. (s.d).

A aplicação estrita dos dispositivos legais, no entanto, apresentou problemas, na medida em que o Ministério da Saúde sempre se dispôs a distribuir exclusivamente recursos de custeio para a assistência médico-hospitalar, como já tinha sido problematizado por Vianna et al. (1990), reservando os recursos de investimento para transferências negociadas, através de convênios. Essa limitação dos montantes distribuídos contraria a perspectiva que se poderia deduzir da

interpretação textual da legislação, qual seja, a da redistribuição da totalidade dos recursos destinados a estados e municípios, inclusive daqueles destinados a ações de saúde coletiva e, principalmente, daqueles de investimento. Quaisquer das simulações de caráter redistributivo realizadas se mostrou desfavorável a vários estados e municípios, que já limitados nas suas capacidades de financiamento dos serviços existentes, se veriam na iminência de ter de compartilhar esses recursos de custeio com estados e municípios de menor gasto *per capita*.

Uma distribuição perfeitamente isonômica, com idênticos valores de gasto *per capita*, como ademais previa a legislação na ausência de regulamentação dos critérios contidos no artigo 35 da Lei Federal nº 8.080, significaria reduções mais drásticas dos recursos de custeio em estados e municípios com estruturas assistenciais mais expressivas, justamente aqueles já mais sobrecarregados pela demanda assistencial.

Tal distribuição perfeitamente homogênea dos recursos de custeio contradiz também o caráter de sistema tecnologicamente hierarquizado que caracterizaria o SUS, organizado em distintos níveis de atenção, portadores de graus diferenciados de incorporação tecnológica e, portanto, com custos operacionais distintos e crescentes à medida que se ascende nos níveis. Essa heterogeneidade inerente ao sistema impede a aplicação de critérios simplistas de distribuição, pretensamente mais igualitários. Mesmo as iniciativas de se conferir tetos de programação com idênticos valores *per capita* envidadas por alguns estados, como exemplificado por Mendes (1996), redundariam em acumulação nos centros de referência regional ou estadual, uma vez negociados os fluxos de referência e contra-referência entre os municípios.

A transferência direta de recursos, do nível federal aos estados e municípios com base exclusivamente no estoque de habitantes, revelar-se-ia, portanto, totalmente impraticável.

Confirmando as dificuldades de uma distribuição perfeitamente isonômica, Carvalho (1992), em texto apresentado na IX Conferência Nacional de Saúde, assume uma postura pessimista quanto à regulamentação do art. 35, ao afirmar:

ao que tudo indica (...), será muito difícil, se não impossível, buscar hoje uma definição aceitável para o artigo 35. A busca da equidade através destes parâmetros, na atual conjuntura, parece ser temerária. O óbice principal é a falta de dados o mínimo necessários e o mínimo confiáveis (sic). Corre-se o risco de ferir a equidade através da aceitação de casuísmos indefensáveis. Seria como uma tentativa de 'forçar' o cumprimento atual de uma lei impossível de ser cumprida com clareza e precisão. A saída pela partilha exclusivamente pelo quociente

populacional é o cumprimento exato da Lei nº 8.142. O que já é possível hoje. A lei é clara que se deva adotar este critério até que se defina o Art. 35 da Lei nº 8.080. À primeira vista, poderia parecer que esta definição era apenas uma questão de trabalho 'braçal' de se fazer cálculos e modelos. A realidade está sendo clara em mostrar a tantos quantos tentaram que, com os dados disponíveis atualmente e com os casuísmos necessários para se definir o 35, esta opção é inviável. (Carvalho, 1992: 71)

Às tentativas iniciais de equacionar tecnicamente a esfinge representada pelo artigo 35 da Lei nº 8.080, seguiram-se soluções pragmáticas e provisórias, ditadas pelas necessidades suscitadas pelo processo de implementação do SUS, obrigando os atores dos três níveis a estabelecer processos de negociação que resultassem em acordos provisórios sobre os critérios de distribuição e mecanismos de transferência de recursos, formalizados posteriormente em normas regulamentadoras.

A REGULAMENTAÇÃO NEGOCIADA

As indefinições do texto legal, as dificuldades técnicas de sua aplicação direta (anteriormente relatadas), bem como a necessidade premente de dar continuidade aos fluxos financeiros e à funcionalidade ao sistema, grandemente baseado na compra de serviços, vão forçar os gestores do SUS a estabelecer formas negociadas de definição dos critérios de distribuição dos recursos, de caráter precário, consubstanciadas em instrumentos normativos denominados Normas Operacionais Básicas (NOBs).

As duas primeiras Normas Operacionais, a NOB 91 e a NOB 92 foram editadas ainda no período do governo Collor de Mello. Editada pela Presidência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), à época recém-incorporado à estrutura do Ministério da Saúde, a NOB 91 transplantará para os serviços públicos a mesma lógica de financiamento de pagamento por produção de serviços com que aquele órgão remunerava os serviços privados contratados:

Sob o argumento da inviabilidade conjuntural de regulamentar o artigo 35 da lei 8.080/90, pela dificuldade na operacionalização destes critérios, a NOB 01/91 redefiniu toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do SUS, consolidando um sistema de pagamento por produção de serviços ao setor público que permanece, em parte, vigente até hoje. Estados e municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde executados em unidades ambulatoriais e hospitalares próprias, nas mesmas tabelas nacionais existentes para o pagamento dos prestadores privados impondo um modelo de atenção à saúde voltada para a produção de serviços

e avaliado pela quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados. Ou seja, continuou prevalecendo a estrutura de compra de serviços privados de saúde do INAMPS, aplicados aos gestores públicos estaduais e municipais. (Oliveira Jr., 2000: 4)

Essa orientação frustrou atores que pretendiam o financiamento dos serviços públicos de saúde através de sistemas de pré-pagamento baseados em orçamentos ou outros mecanismos que cobrissem o custo real das unidades. As críticas ao modelo também se estendiam ao seu papel indutor de práticas médico-assistenciais, predominantemente curativas, relegando a um segundo plano ações preventivas e de promoção à saúde. Posteriormente, várias dessas ações passaram a ser paulatinamente incorporadas à Tabela de Procedimentos, ainda que remuneradas na mesma lógica de produção de serviços.

Outra característica marcante da NOB 91 foi a ausência de um debate público anterior entre os atores sociais interessados. Seu conteúdo e propostas foram de responsabilidade exclusiva do Ministério da Saúde.

Como mecanismo de alocação dos recursos para custeio dos serviços ambulatoriais, privados e públicos, a NOB 91 instituiu a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA). Esta unidade representava um valor *per capita* que, ao ser multiplicado pela população de cada estado, gerava um teto denominado de Recursos para Cobertura Ambulatorial (RCA). Os estados foram classificados em seis faixas de valores de UCA, com base em critérios que privilegiaram basicamente as séries históricas de produção (Oliveira Jr., 2000: 5).

A NOB 93: a ousadia de negociar a regulamentação da lei

Diferentemente das normas operacionais anteriores, que não foram fruto de negociação prévia entre os atores dos três níveis de governo, a edição da Norma Operacional SUS 01/93 (NOB 93), através da Portaria MS nº 545, de 20 de maio de 1993 (Brasil, 1993a), no Governo Itamar Franco, vai coroar um extenso processo de consultas e incorporação de proposições dos diversos atores. O contexto de ampla recomposição das forças políticas de sustentação ao governo, que se seguiu ao *impeachment* do presidente, criou as condições de possibilidade, e mesmo a necessidade, da discussão ampla das regras de descentralização da gestão do sistema e dos seus mecanismos de financiamento, em particular.

Esse caráter de produto de ampla consulta e negociação entre diversos atores sociais e grupos de interesse fica explícito na introdução do documento

“Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, texto que cumpriu o papel de uma exposição de motivos da Portaria Ministerial que instituiu a NOB 01/93, elaborado pelo Grupo Especial de Descentralização (GED), incumbido da elaboração da proposta de regulamentação:

A prioridade atribuída à formulação de uma proposta de operacionalização dos dispositivos legais que determinam a descentralização do Sistema Único de Saúde, manifestada ante o Conselho Nacional de Saúde, se concretizou em documento apresentado ao Plenário daquele Colegiado em reunião extraordinária realizada no dia 21 de janeiro de 1993. A partir daí iniciou-se um longo processo de discussão e negociação com o conjunto dos atores da área, que em maior ou menor grau já se encontravam integrados ao debate destas questões. Gestores estaduais e municipais, setor privado, entidades de representação popular e sindical, instituições públicas federais, entidades científicas se dedicaram a analisar, questionar e oferecer sugestões para o aperfeiçoamento da proposta. O que se buscava – e se obteve – foi a superação de divergências capazes de inviabilizar a implementação das medidas propostas. (Brasil, 1993b: 5)

A NOB 96 criou instâncias permanentes de negociação e normalização no âmbito federal (CIT) e estadual (CIBs).

A CIT foi constituída por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), entidade representativa dos secretários estaduais, e do Colegiado Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), configurando-se como uma instância formal e permanente de negociação e de gestão intergovernamental. Sua finalidade manifesta era “assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implementação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde” (Brasil, 1993a).

As CIBs estaduais foram formadas paritariamente por dirigentes das Secretarias Estaduais de Saúde e dos órgãos de representação dos Secretários Municipais de Saúde, constituindo-se como “instância(s) privilegiada(s) de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS” e “cujas decisões deverão ser referendadas ou aprovadas pelo respectivo Conselho Estadual, submetendo-se ao seu poder deliberativo e fiscalizador” (Brasil, 1993a).

Essas instâncias de ‘gerenciamento do processo de descentralização’ foram criadas para possibilitar a adoção de mecanismos flexíveis de normalização deste processo, considerando alta heterogeneidade dos processos estaduais de implementação do SUS.

Como o próprio título do relatório do GED ressalta, “a ousadia de cumprir a lei” foi uma das consignas que orientou os trabalhos daquele grupo incumbido de traduzir, em normas acordadas entre os diversos atores sociais interessados, os dispositivos legais anteriores. Porém, no esforço de regulamentar os conteúdos da legislação, o GED inseriu critérios de distribuição, transferência de recursos e mecanismos de descentralização não incluídos na legislação e, mesmo, em total desacordo com aqueles dispositivos.

Ao regulamentar a Lei, a NOB 93 reorientou o processo de descentralização, propondo diversas modalidades de gestão descentralizada para os estados (condições de gestão *parcial* e *semiplena*) e municípios (condições de gestão *incipiente*, *parcial* e *semiplena*), de acordo com o interesse e o compromisso manifesto pelos respectivos entes federados na assunção das diversas responsabilidades de gestão descentralizada.

Manteve ainda, a respeito do financiamento, as modalidades de transferências de recursos denominadas Autorização para Internação Hospitalar (AIH) e Recursos para Cobertura Ambulatorial (RCA) e os respectivos sistemas informatizados de pagamento (e base para controle), Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS). Definiu também que

para os municípios o teto quantitativo mensal (de AIHs) será equivalente a um duodécimo de 8% de sua população, enquanto para os estados será de um duodécimo de 2% de sua população, acrescido dos quantitativos devidos aos seus municípios que não estiverem nas condições de gestão incipiente, parcial ou semiplena. (Brasil, 1993a: 5)

No aspecto financeiro, a NOB introduziu o princípio de limitação dos gastos estaduais e municipais com internações hospitalares a um teto orçamentário previamente definido. Até então, o limite ao gasto hospitalar se prendia à fixação apenas do ‘teto físico’, isto é, de um quantitativo de internações permitidas de serem realizadas em cada estado, independentemente do impacto financeiro total que tais internações fossem representar. O valor do impacto financeiro só poderia, então, ser conhecido à medida que se consolidava a totalidade das faturas hospitalares do estado. Esse princípio fica, assim, inscrito na NOB 93, baseando-se o cálculo nos valores da série histórica dos valores médios da AIH:

o teto financeiro de custeio das atividades hospitalares para os municípios será calculado através da multiplicação do quantitativo de AIH pelo valor médio histórico da AIH no estado (janeiro a dezembro de 1992), corrigido na mesma proporção que a tabela básica de remuneração de procedimentos hospitalares. (Brasil, 1993a: 5)

No caso do financiamento ambulatorial, manteve o cálculo pela Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA). Todas essas modalidades de cálculo de recursos contradizem o texto legal, sendo produto da negociação entre os gestores dos três níveis de governo, correspondendo às especificidades das diversas situações e estágios de implementação do sistema e à busca de garantias de condicionar o comportamento dos demais níveis.

Resultados positivos quanto à implantação da NOB foram reconhecidos por Mendes (1996: 198), mas considerados insuficientes quanto à consecução de maior equidade pelo sistema:

a NOB 01/93 não obedeceu a determinações legais contidas na Lei 8.080/90 no que concerne à distribuição dos recursos e não se preocupou em instituir mecanismos que levassem à equidade. A sua operacionalização, na prática social, fez avançar, significativamente, o processo descentralizador e teve impacto na eficiência dos serviços prestados, especialmente em municípios que adotaram gestão semiplena. Contudo, seus resultados em equidade são questionáveis.

O período que se seguiu à edição da NOB 93 foi marcado por grande diversidade nos padrões de gestão do sistema descentralizado e das relações entre estados e municípios (Lima, 1999; Levcovitz, 1997) e conflitos de competências entre os níveis de governo.

A NOB 96: radicalizando a descentralização da gestão

Após um período de negociação de cerca de um ano nos fóruns da CIT e do CNS, editou-se a NOB-SUS 01/96, através da Portaria nº 2.202, de 5 de novembro de 1996. O conteúdo da NOB 96 foi amplamente discutido e envolveu vários segmentos da sociedade, além de várias oficinas de trabalho do CONASS e encontros do CONASEMS, em que se “buscou a elaboração de uma proposta consensual, que atendessem às necessidades dos diferentes níveis gestores do SUS” (Lima, 1999: 82).

A NOB-SUS 01/96 vai radicalizar o processo de descentralização do sistema, buscando corrigir as distorções detectadas durante a aplicação da norma operacional anterior. Lima (1999), citando Levcovitz (1997), arrola as estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde, em negociação com o CONASS e o CONASEMS, além daquelas de “reforço à capacidade gestora do SUS e da organização da gestão da assistência à saúde”, representado pelo desenvolvimento de instrumental técnico/operacional para gestão do SUS:

radicalização da descentralização e ampliação dos efeitos da NOB-SUS 01/93, com definição clara dos papéis das instâncias de governo e plena responsabilização dos municípios pela saúde integral de seus municípios; mudança na lógica de alocação de recursos financeiros com estímulo à utilização dos instrumentos de programação, controle e avaliação como indutor da recuperação do comando do sistema pelos gestores públicos; estímulo à mudança do modelo de atenção à saúde, priorizando-se a reorganização da atenção básica; recuperação da capacidade operacional e melhoria da qualidade das unidades assistenciais do SUS. (Lima, 1999: 78)

A NOB 96 introduz uma série de inovações na gestão do sistema, cabendo aqui destacar a proposta de uma Programação Pactuada e Integrada (PPI), a introdução do Piso Assistencial Básico (PAB) – um montante de recursos destinado exclusivamente às ações básicas de saúde – e uma melhor definição das competências dos três níveis de governo, além de diversos incentivos financeiros vinculados a ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Modifica também as condições de gestão para estados e municípios, instituindo as formas de gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal para os municípios, e gestão avançada do sistema estadual e gestão plena do sistema estadual para os estados.

Um maior detalhamento e uma análise dos conteúdos da NOB 96 podem ser realizados a partir dos trabalhos de Lima (1999) e Scotti (1996).

A NOB 96 define a PPI como instrumento central de definição dos critérios de alocação dos recursos entre os municípios.

A PPI representou, portanto,

um elemento primordial da NOB-SUS 01/96. Enquanto instrumento negociado entre gestores, traduz as responsabilidades, objetivos, metas, referências intermunicipais, recursos e tetos orçamentários e financeiros, em todos os níveis de gestão. Expressa a garantia de acesso universal aos serviços de saúde, diretamente, ou por referência a outro município, sempre por intermédio da relação gestor-gestor. O processo de elaboração é ascendente com base municipal, buscando a integralidade das ações, observando critérios nas CIB e CIT, aprovados nos respectivos Conselhos Estaduais de Saúde (CES). (Lima, 1999: 83)

A PPI abrangia todas as dimensões da atenção à saúde realizadas pelo sistema (assistência ambulatorial, hospitalar, vigilância sanitária, epidemiológica e controle de doenças), com uma base municipal, “constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo” (Brasil, 1997:18).

A NOB 96 reconhece o papel das instâncias estaduais no processo de programação, porém limitando-o à compatibilização e harmonização das programações elaboradas pelos municípios, conferindo a estes últimos um papel protagonista no processo:

O processo de elaboração da Programação Pactuada entre gestores e Integrada entre esferas de governo deve respeitar a autonomia de cada gestor: o município elabora sua própria programação, aprovando-a no CMS [Conselho Municipal de Saúde]; o estado harmoniza e compatibiliza as programações municipais, incorporando as ações sob sua responsabilidade direta, mediante negociação na CIB, cujo resultado é deliberado pelo CES. (Brasil, 1997: 18)

As intenções expressas na NOB 96, quanto ao papel da PPI, serão modificadas no processo de sua implementação concreta, assumindo papéis diferenciados e representando processos técnicos e políticos com diferentes graus de organização e tipos de resultados em cada estado da federação. Esta diversidade, pelo menos em parte, pode ser imputada à ausência de um consenso nacional sobre o formato e a abrangência do processo da PPI. Os roteiros e instrumentos propostos pelo Ministério da Saúde se revestiram do caráter de meras recomendações, não possibilitando uniformidade e comparabilidade de resultados entre os processos encaminhados nos vários estados. A PPI tampouco representou uma condição necessária real para nenhum dos processos de habilitação ou definição de tetos orçamentários, permitindo a freqüente fixação de valores de tetos a partir da projeção de séries históricas de produção.

AVANÇOS E IMPASSES NA IMPLEMENTAÇÃO DA NOB 96

A implantação dos dispositivos da NOB 96, após um período de incertezas que marcou o ano de 1997, pela indefinição dos valores do PAB, vai se dar efetivamente a partir da edição de uma série de portarias pelo Ministério da Saúde, durante o ano de 1998, que regulamentam e em parte modificam seu conteúdo. O PAB passa a ser denominado Piso de Atenção Básica, composto de uma parte fixa (o PAB original) e de outra variável, esta última representando incentivos financeiros condicionados à implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), aquisição de medicamentos básicos, vigilância sanitária e combate a carências nutricionais (Oliveira Jr., 2000). A partir de 1999, incorporam-se transferências para cobertura das ações descentralizadas de vigilância epidemiológica e controle de endemias, antes centralizadas na Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). O PAB fixo foi estipulado com base na série histórica de execução do leque de procedimentos que o compunham, apresentando variação entre R\$10,00 e R\$ 18,00, conforme o município.

O processo de descentralização do sistema no período revelou-se intenso, demonstrado pelo rápido crescimento do número de municípios habilitados nas condições de gestão previstas na NOB 96, alcançando, ao final do ano 2000, mais de 99% do total dos municípios do país (Brasil, 2000). O número de municípios que recebeu transferências federais para custeio através de mecanismos fundo-a-fundo passou de apenas 24, em 1994, para 5.450, ao final do ano 2000. O percentual de recursos federais para cobertura de serviços assistenciais transferidos fundo-a-fundo também cresceu vertiginosamente no mesmo período, de 6,19% para 60,8%, isto é, praticamente decuplicou (Brasil, 2000: 2). Observa-se, no entanto, uma tendência de estabilização nesse crescimento nos últimos dois anos, apontando para uma saturação do processo, ou seja, uma limitação do avanço do movimento descentralizador nos marcos normativos instituídos pela NOB 96.

As regras estabelecidas pela NOB 96 e o processo técnico-político que suscitaram nos estados não garantiram a construção solidária das redes hierarquizadas de serviços como preconizadas pela Lei nº 8.080, principalmente quando pensadas no contexto de espaços territoriais supramunicipais, como microrregiões e regiões. A tendência verificada foi de disputas entre municípios pelos recursos e a ausência real de garantias de acesso dos cidadãos aos serviços existentes em municípios com estrutura assistencial de maior complexidade tecnológica. Há que se reconhecer que a adoção de mecanismos de limitação do acesso de pacientes de outros municípios, ou mesmo seu total cerceamento (que até mesmo recebeu, entre os gestores, o significativo epíteto de “fechamento das fronteiras”), já antecedia a NOB 96 e mesmo pretendia ser resolvido pelos dispositivos nela contidos.

Conflitos entre as unidades territoriais por recursos arrecadados centralmente são freqüentes em outros sistemas federativos, e mesmo esperados. Assim também são marcantes as disputas, através da concessão de incentivos fiscais entre estados ou municípios (“guerra fiscal”), para a atração de investimentos em seu território. Wright (1996: 482), jocosamente, denomina este estratagema no jogo das relações intergovernamentais de “empobreça o seu vizinho”.

Na NOB 96, a PPI foi o instrumento introduzido para equacionar este tipo de distorção ou efeito indesejável do processo de descentralização. A negociação dos quantitativos físicos e financeiros entre os gestores e sua formalização minimizaria o conflito distributivo e garantiria a cobertura financeira dos serviços oferecidos aos pacientes encaminhados de um município a outro.

O débil papel reservado aos estados de apenas “harmonizar e compatibilizar as programações municipais, incorporando as ações sobre sua responsabilidade”, como já foi citado, aliado à ausência de instrumentos efetivos de realocação de

recursos, uma vez estabelecidos os tetos municipais dos municípios na condição de gestão plena do sistema, contribui para a permanência e agudização dos conflitos entre os municípios e para a retomada dos debates na CIT sobre a revisão da NOB, no início do ano 2000.

A NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE (NOAS-SUS 01/2001): induzindo a constituição de redes assistenciais

No mês de abril de 2000, em reunião da CIT, o Ministério da Saúde apresentou a primeira versão de um documento contendo propostas de revisão dos critérios de habilitação e qualificação de estados e municípios à condição de gestão plena.⁶ A partir das intensas discussões que se seguiram durante todo o ano, envolvendo diversos setores do Ministério e atores dos três níveis de governo, evoluiu-se para uma revisão mais ampla do arcabouço normativo da descentralização da assistência, que redundou na edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), em janeiro de 2001. A participação ativa de representantes CONASS e CONASEMS, bem como do CNS conferiu um caráter de regulamentação negociada, nos moldes das NOBs anteriores, constituindo o produto do ‘consenso mínimo’ alcançado no decorrer dos debates. Como se verá, alguns pontos centrais remanescem polêmicos e objeto de intensas divergências, como é o caso do co-financiamento da assistência.

A NOAS adota uma estratégia de “regionalização da assistência” como reorientadora do processo de descentralização do sistema, induzindo a organização de sistemas ou redes funcionais, perpassando as fronteiras municipais, com vistas a facilitar e garantir o acesso dos cidadãos à integralidade da assistência, bem como a fomentar comportamentos cooperativos entre os gestores:

A macro-estratégia de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso a usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. (Brasil, 2000)

⁶ “Proposta de estratificação e qualificação dos municípios por nível de complexidade e papel na rede regionalizada: documento para discussão”, elaborada pelo Departamento de Descentralização da Gestão (DDGA), da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde.

A essa estratégia geral de regionalização da assistência, consubstanciado em Planos Diretores de Regionalização coordenados pelos estados, correspondem mudanças significativas no financiamento da assistência, descritas sucintamente a seguir.

A Ampliação do Escopo da Atenção Básica e o PAB-A

A NOAS definiu um conjunto de ações do chamado primeiro nível de atenção a ser realizado por todos os municípios: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão, controle do diabetes *mellitus*, saúde bucal, saúde da criança e saúde da mulher.

Ao Bloco de Procedimentos de Atenção Básica da Tabela SIA foram acrescentados procedimentos anteriormente constantes do Bloco da Média Complexidade, compondo um elenco a ser custeado com um Piso de Atenção Básica Ampliado, o PAB-A. Este piso será calculado a partir de um valor *per capita* definido nacionalmente.⁷ Os municípios que, porventura, já contam com um PAB superior ao valor do PAB-A manterão seus valores atuais congelados.

Ressalte-se que a NOAS não extinguiu ou modificou qualquer um dos componentes do chamado PAB variável, ficando mantidas as sistemáticas de seu cálculo.

Primeiro Nível de Referência Intermunicipal e o EPM-1

Acoplada à estratégia de regionalização e ao desenho de regiões e microrregiões de saúde, a NOAS instituiu um modelo de financiamento inovador para o que se denominou “primeiro nível de referência intermunicipal de média complexidade”. Como estratégia para a ampla disponibilidade de serviços de média complexidade viáveis em menor escala, selecionou-se um conjunto de procedimentos denominado de “elenco mínimo de procedimentos de média complexidade ambulatorial”, que, em diversos documentos do Ministério, se encontra abreviado como EPM-1.

Estes procedimentos contidos no EPM-1 deverão ser garantidos tanto para os cidadãos do município-sede do *módulo assistencial* ou do *pólo microrregional*, quanto dos municípios que compõem aqueles recortes territoriais. O módulo assistencial se define precisamente pela sua condição de base territorial com

⁷ Até o momento da redação deste artigo, os valores do PAB-A ainda não haviam sido fixados pelo Ministério da Saúde.

resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência da média complexidade, constituído por um ou mais municípios.

O mecanismo indutor adotado para a qualificação das microrregiões e módulos assistenciais foi o financiamento desse conjunto de procedimentos do primeiro nível de referência por um valor *per capita* nacional a ser multiplicado pela população contida no módulo territorial correspondente e transferido diretamente, fundo-a-fundo.⁸ A continuidade desse fluxo financeiro para a cobertura do EPM-1 está condicionada ao cumprimento de um Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, em que se registram as metas de referência negociadas entre os gestores.

A NOAS estabelece também que as referências neste primeiro nível de complexidade devem se fazer “em bloco”, isto é, os recursos para sua cobertura devem ser alocados em sua totalidade nos municípios-pólo das microrregiões ou sedes dos módulos assistenciais. Acordos posteriores poderão ser então estabelecidos entre os pólos e municípios habitados em Gestão Plena da Atenção Básica de sua área de abrangência que já disponham de serviços incluídos no EPM-1, com vistas à transferência de recursos para seu custeio. Esta situação, prevista no item 11.1 da NOAS, tem sido objeto de antecipada resistência por muitos gestores, cômicos das dificuldades operacionais deste tipo de transferência entre municípios.

Financiamento da Média Complexidade Ambulatorial

É voz corrente, entre a maioria dos gestores estaduais e municipais, a limitação do financiamento do bloco de procedimentos de média complexidade. Diz-se que “a média está comprimida”, ou mesmo “estrangulada”, metáforas adequadas para expressar a grande dramaticidade da situação.

As formas de financiamento descritas para a Atenção Básica Ampliada e para o primeiro nível de referência intermunicipal tendem a aliviar, em maior ou menor grau, as dificuldades de financiamento desse bloco.

Os valores para o financiamento destes serviços serão obtidos a partir de valores *per capita* estaduais definidos no processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI). As secretarias de Estado da Saúde, em conjunto com os

⁸ Até o momento da redação deste artigo, os valores *per capita* para cobertura do primeiro nível da média complexidade ainda eram objeto de negociação no âmbito da CIT (critérios outros que não a simples definição de um *per capita* nacional único). A suplementação de recursos para a garantia de um patamar mínimo, acrescida de um valor *per capita* para todos os estados, independente de seus níveis de gasto histórico, era uma das propostas em pauta.

municípios, deverão estabelecer parâmetros de concentração para os grupos e subgrupos de procedimentos, a serem aprovados nas CIBs e nos Conselhos Estaduais de Saúde. Os parâmetros adotados deverão refletir não apenas necessidades em saúde em abstrato ou recomendadas por normas técnicas ou consenso de especialistas, mas também seu impacto financeiro e as disponibilidades de sua cobertura com os recursos disponíveis.

Financiamento da Alta Complexidade Ambulatorial e o FAEC

A NOAS dispõe que o financiamento da alta complexidade ambulatorial será realizado com recursos do Teto Financeiro da Assistência do estado, bem como parte das ações será coberta com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). Tal fundo, criado pela Portaria GM/MS nº 531, de 30/04/99, incorpora os recursos não executados pelo conjunto dos estados e municípios e os redireciona para ações consideradas estratégicas pela direção do Ministério da Saúde.

Uma norma posterior, a Portaria nº 627/GM, de 26/04/01, remete todo o financiamento dos serviços de alta complexidade, tanto ambulatoriais quanto hospitalares, juntamente com as ações estratégicas, para o FAEC. A referida portaria define o elenco dos procedimentos envolvidos, abarcando alguns subgrupos que compunham até então a média complexidade.

Financiamento da Assistência Hospitalar

No caso do financiamento da assistência hospitalar, a NOAS mantém a lógica de financiamento e o sistema de pagamento vigente, via Autorizações de Internação Hospitalar (AIH).

A PPI é eleita como o instrumento privilegiado de definição de seus limites financeiros, discriminando claramente as parcelas de recursos para cobertura da população própria do município e da população referenciada. Procura-se inverter a lógica de alocação, muitas vezes centrada nos interesses dos prestadores privados de serviços, para uma lógica de necessidades de saúde, em coerência com o quadro epidemiológico e com as diretrizes do planejamento do sistema de saúde geral. A NOAS procura resolver conflitos resultantes da retenção de recursos de hospitais públicos por gestores em gestão plena, seja estaduais ou municipais, definindo que

as unidades hospitalares públicas sob gerência de um nível de governo e gestão de outro, habilitado em gestão plena do sistema, preferencialmente deixem de ser remunerados por produção de serviços e passem a receber recursos correspondentes à realização de metas estabelecidas de comum acordo. (Brasil, 2001)

Este tratamento especial conferido às unidades hospitalares públicas, municipais ou estaduais, submetidas à gestão plena de outro nível de governo, equipara-se àquele já garantido aos hospitais universitários. Uma vez estabelecidos *Termos de Compromisso* entre as partes, o fluxo financeiro se altera, passando a ser efetuado diretamente do Fundo Nacional de Saúde ao fundo correspondente, impossibilitando a retenção de recursos pelo gestor.

A Programação Pactuada e Integrada: financiando a regionalização da assistência

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) foi prevista na NOAS como o processo privilegiado de alocação de recursos para a garantia da construção dos sistemas funcionais de saúde.

Diferentemente das NOBs anteriores, a PPI constitui-se como uma exigência preliminar e obrigatória para o processo de ‘qualificação’ das microrregiões e módulos assistenciais (NOAS-SUS 01/2001, item 10, alínea d) e, portanto, condição para o município-sede do módulo assistencial ou pólo microrregional receber, por transferência fundo-a-fundo, os recursos para cobertura de custeio das ações do primeiro nível de referência da média complexidade. Condiciona também a habilitação de municípios à condição de *gestão plena do sistema municipal* à existência e disponibilidade de serviços do primeiro nível de referência intermunicipal de média complexidade, bem como à sua previsão num Plano Diretor de Regionalização (PDR) coordenado pelo estado. Restringe-se a decisão soberana dos municípios de optarem por essa condição de gestão. As metas pactuadas entre os municípios na PPI passam a compor um *Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso*, estabelecido entre os estados e os municípios que assumem o atendimento de referências.

Ao concatenar todos esses processos, a NOAS induz o modelo de regionalização através de um incentivo financeiro central, qual seja o acréscimo de recursos novos aos municípios pólo microrregional ou sede de módulo assistencial.⁹ A existência de recursos novos é uma condição necessária à viabilidade e ao sucesso de um processo de PPI, pelas conhecidas pressões de crescimento de tetos e para se evitarem conflitos redistributivos análogos aos de ‘jogos de soma zero’, isto é, para que um dos participantes aufera ganhos (no caso, crescimento de tetos orçamentários municipais), outros são obrigados a sofrer perdas na mesma proporção.

⁹ Conclui-se que a extensão e a rapidez do processo de qualificação das microrregiões depende diretamente do patamar de valor *per capita* definido para a cobertura do primeiro nível de referência de média complexidade.

CONCLUSÕES

Os atores sociais envolvidos na negociação dos critérios de distribuição dos recursos de financiamento do SUS adotam mecanismos de gestão dos conflitos redistributivos para manterem o fluxo financeiro entre os níveis de governo e a continuidade dos serviços de saúde. Esses atores se articulam em redes intergovernamentais com estruturas e funcionamentos heterogêneos. Configura-se uma 'sub-rede' federal, mais estruturada e de funcionamento mais orgânico e contínuo, com atores mais especializados, que se articula, mais ou menos frouxamente, com as 'sub-redes' estaduais. A relação das sub-redes estaduais com a federal se concretiza através de poucos atores que realizam essa intermediação, sendo que esta sub-rede apresenta um elevado grau de autonomia e independência do funcionamento da sub-rede federal. A sub-rede estadual estudada apresenta um alto grau de fragmentação, com a utilização da intermediação das DRS, interpostas entre os gestores municipais e o gestor estadual.

A tentativa de buscar "condicionar as ações de outras unidades de governo através da produção de normas" (Agranoff, 1992) está bastante presente no cenário intergovernamental do financiamento do SUS. As normas gerais do processo de descentralização do sistema foram expressas na forma das NOBs (em quatro versões: 1991, 1992, 1993 e 1996) e mais, recentemente, em uma norma específica da assistência, a NOAS 01/2001. As NOBs 93 e 96, bem como a NOAS foram fruto de negociações entre o Ministério da Saúde e as representações dos estados (CONASS), dos municípios (CONASEMS) e entidades da iniciativa privada, refletindo o consenso mínimo entre as partes.

As NOBs de 1993 e 1996 resultaram de um longo processo de negociação e seu formato extremamente detalhado reflete a desconfiança recíproca entre os gestores dos três níveis de governo. Disso resultou uma regulamentação extensa, complexa e formalista. Atributos, aliás, que não garantiram, de nenhuma forma, a sua fiel aplicação pelas partes.

A 'pletora' normativa observada no financiamento do SUS poderia ser comparada, em analogia, ao 'círculo vicioso' que Crozier (1981: 261) localiza nas organizações burocráticas, "onde a resistência [do funcionário] acaba finalmente por reforçar a influência do esquema que a provocou". Em reação a normas não cumpridas ou inviáveis de se cumprirem, ditam-se (ou negociam-se) novas normas, numa retroalimentação positiva.

As disputas pelas competências entre os níveis de governo e as garantias formais de aportes financeiros caracterizam as NOBs. Esta indefinição das competências governamentais encontra paralelo na "fase conflitiva" das RIGs nos Estados Unidos da América dos anos 30 e antes, a que Wright faz referência (1997: 133), quando

os funcionários nacionais, estatais e locais, que buscavam uma especificação precisa de seus respectivos poderes, supuseram que esses se excluam mutuamente. Ademais, os funcionários parecem haver esperado que a oposição e o antagonismo fossem parte do processo normal de aprender quem tem o poder para fazer o quê.

Para este mesmo autor, naquele contexto, “distribuir os papéis e especificar limites claros são sinais característicos da fase de conflito” (Wright, 1997: 135).

Esse intenso conflito de competências demonstra a persistência de um prolongado processo de transição do modelo centralizado anterior, indicando que o atual, descentralizado, ainda se encontra em fase de conformação e acomodação.

A complexidade normativa assumida pelas questões da descentralização do SUS, em especial do seu financiamento, e a rápida mudança das regras e regulamentos promovida pelos atores como estratégia de manter suas posições relativas na arena setorial requer dos atores uma contínua atualização, fruto, em geral, da participação permanente nas discussões nos vários fóruns existentes (CIT, CIBs, representações de secretários estaduais e municipais, Conselhos de Saúde, encontros técnicos, congressos etc.).

A instabilidade institucional característica do sistema resulta, portanto, em uma contínua mudança das regras que regem os mecanismos e critérios de financiamento, o que vai exigir dos atores uma interação permanente, não apenas para a negociação desses critérios, mas para a troca contínua de informações e a elaboração dos posicionamentos de cada representação.

Além das NOBs, uma profusão de portarias e normas técnicas emitidas pelo Ministério da Saúde procuram condicionar a ação dos estados e municípios. Em geral, vinculam-se recursos específicos a cada grupo de ações que se deseja serem realizadas por esses entes federados. Essa estratégia corresponde ao mecanismo de GIG que Agranoff (1992: 209) denominou de “planificação ou gestão descendente”, que supõe a “utilização de subvenções para alcançar objetivos nacionais através de governos subnacionais e organizações privadas”.

As pressões exercidas pelos gestores dos níveis estadual e municipal para se libertarem da sempre renovada vinculação de transferências financeiras à aceitação de políticas definidas centralmente esbarram na “regra de ouro das relações intergovernamentais”: “quem tem o ouro, dita a regra”! Assim Wright (1997), o autor central do enfoque teórico utilizado neste trabalho, exprime, de forma bem humorada, e refletindo sobre o sistema federativo norte-americano, a principal regra do jogo das relações intergovernamentais. A experiência brasileira de implementação do SUS, pelo menos em parte, contraria essa regra, demonstrando a possibilidade da construção negociada dos critérios de distribuição e dos mecanismos de transferência dos recursos de financiamento do sistema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGRANOFF, R. Marco para el analisis comparado de las relaciones intergubernamentales. In: MERINO HUERTA, M. (Org.) *Cambio Político y Governabilidad*. México: Conacyt, 1992.
- ANDERSON, W. *Intergovernmental Relations in Review*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1960.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB 01-SUS 96*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com garantia de equidade no acesso*. Título provisório, 1ª versão preliminar para discussão e exposição ao Conselho Nacional de Saúde em 07/12/2000. (Mimeo.)
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS: NOAS-SUS 01/2001*. Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001, Anexo Único. Brasília: Diário Oficial da União de 29 de janeiro de 2001.
- CAMPOS, F. C. C. *Gestão intergovernamental no financiamento do Sistema Único de Saúde: a Programação Pactuada e Integrada (PPI) do SUS-MG, 1997-98*. Dissertação de mestrado em Administração. Belo Horizonte: Cepead/UFMG, 2000.
- CARVALHO, G. C. O caos no financiamento da saúde... no fundo do poço. In: IX Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1992. *Cadernos da Nona*. Grupo de Trabalho Técnico da Comissão Organizadora, v.1, p.61-72, 1992.
- CASTRO, J. D. et al. *Análise da distribuição de recursos financeiros para a assistência à saúde no Brasil e Rio Grande do Sul e proposta de operacionalização dos critérios para sua distribuição*. Porto Alegre, s.d. (Mimeo.)
- COSER, L. A. *Conflito*. In: *Dicionário do Pensamento Social do Século XX*. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1996.
- CROZIER, M. *O Fenômeno Burocrático: ensaio sobre as tendências burocráticas dos sistemas de organização modernos e suas relações, na França, com o sistema social e cultural*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1981.
- LEVCOVITZ, E. *Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS, um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde, 1974/1996*. Tese de doutorado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Uerj, 1997.

- LIMA, L. D. *O processo de implementação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde: um estudo das relações intergovernamentais na CIB do Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Uerj, 1999.
- LOIOLA, E. & MOURA, S. Análise de redes: uma contribuição aos estudos organizacionais. In: FISCHER, T. (Org.) *Gestão Contemporânea: cidades estratégicas e organizações locais*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997.
- LOWY, J. American business, public policy, case studies and political theory. *World Politics*, 16: 677-715, 1964.
- MANDELL, M. Gerência intergovernamental: uma perspectiva revisada. In: KLIKSBURG, B. (Org.) *Pobreza: uma questão inadiável; novas propostas a nível mundial*. Brasília: ENAP, 1994.
- MEDICI, A. C. *Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública / USP, 1994. (AD Saúde, serie temática, nº3).
- MENDES, E. V. (Org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.
- MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MUNIZ, R. M. *Relaciones Intergubernamentales y política de medio ambiente en Brasil: un enfoque de gestión intergubernamental*. Tese de doutorado em Ciência Política e Administração. Madrid: Universidad Complutense, 1998.
- OLIVEIRA Jr., M. Critérios para repasse dos recursos federais/ Papel redistributivo do Governo Federal (MS) e estadual no financiamento da saúde. XI Conferência Nacional de Saúde. Textos Iniciais. http://www.datasus.gov.br/cns/11Conferencia/textos/Criterios_para_repasse.htm, junho 2000.
- OLIVEIRA Jr., M. Problemas atuais e propostas para a revisão do financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil. In: IX Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1992. *Cadernos da Nona*. Brasília, Grupo de Trabalho Técnico da Comissão Organizadora, v. 2, p.77-98, 1992.
- PASQUINO, G. Conflito. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI & PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1995.
- SCOTTI, R. F. *Informações sobre a NOB-96: um novo modelo de gestão do SUS*, 1996. (Mimeo.)
- VIANNA, S. M. et al. *O Financiamento da Descentralização dos Serviços de Saúde: critérios para transferências de recursos federais para estados e municípios*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 1990.
- WRIGHT, D. S. *Para Entender las Relaciones Intergubernamentales: estudio introductorio de José Luis Méndez*. México: Fondo de Cultura Económica, 1997.



ESTIMATIVAS DO IMPACTO DA VINCULAÇÃO CONSTITUCIONAL DE RECURSOS PARA A SAÚDE (EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29/2000)

Ana Cecília de Sá Campello Faveret, Fabrício Augusto de Oliveira,

Geraldo Biasoto Junior, Karla Krepsky, Marcelo Gouvêa Teixeira,

Paulo César da Fonseca Malheiro & Rodrigo Pucci de Sá e Benevides

INTRODUÇÃO

Com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000, que determina a vinculação dos recursos destinados pelos diversos níveis de governo – União, estados e municípios – para a saúde, o Brasil deve começar a vencer um de seus principais desafios da atualidade, que é o de encontrar soluções adequadas – e consensuais – para garantir fontes estáveis de financiamento para atender às demandas da população pelo atendimento na área da saúde. Essa emenda objetiva reverter um quadro de desequilíbrios, que se acentuaram na década de 90, entre os recursos disponibilizados à saúde em face do aumento da demanda da população, da maior complexidade dos procedimentos adotados com as mudanças em curso na composição do contingente demográfico brasileiro e da conseqüente elevação de custos.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, ao incluir entre suas diretrizes a descentralização do sistema, com o propósito de melhorar sua organização e aumentar sua eficiência, atribuiu ao município a responsabilidade de fornecer atendimento público de saúde à população, contando com a cooperação técnica e financeira dos estados e da União. Apesar disso, por não ter definido nenhum parâmetro para garantir um mínimo de cobertura de suas necessidades pelas esferas subnacionais – estados e municípios –, o financiamento do sistema permaneceu extremamente dependente de recursos da órbita federal, que, até o final da década de 80, respondia por mais de 80% das dotações orçamentárias a ela destinadas. Esse percentual se reduziu, nos anos 90, para cerca de 70%, em conseqüência do avanço do processo de descentralização das políticas públicas no país (Oliveira, 1999).

Ainda que o esquema de financiamento desenhado na Constituição de 1988 para a área federal – que contemplou a destinação obrigatória de no mínimo 30%

do Orçamento da Seguridade Social (OSS) para a saúde, excluídos os recursos do seguro-desemprego – não tenha sido rigorosamente cumprido nesse período, não se afiguravam graves os problemas surgidos, a ponto de produzir fortes desequilíbrios para o sistema.

Estes problemas começaram a gerar maiores preocupações a partir de 1993, quando, diante do expressivo aumento dos benefícios previdenciários, o governo decidiu vincular os recursos arrecadados do INSS – integrantes do OSS – exclusivamente à cobertura dos gastos com a Previdência. Com isso, a saúde, para a qual estava prevista a destinação de pelo menos 30% desses recursos, perdeu uma importante fonte de financiamento para a cobertura de suas necessidades.

Não bastasse isso, as figuras tributárias vinculadas ao seu financiamento, como a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a Contribuição do Financiamento Social (COFINS), além de terem seus recursos disputados por outras áreas do governo, enfrentaram forte questionamento jurídico no meio empresarial, nos primeiros anos da década, sobre a sua legalidade, deixando indisponível, por um bom tempo, parcela importante de seus recursos. Sensível aos ciclos econômicos, por sua sistemática de incidência indireta e ‘em cascata’, a receita proveniente da COFINS ainda se viu seriamente prejudicada pelo quadro de recessão, seguido de estagnação, que se abateu sobre a economia brasileira até meados da década de 90.

Com a perda dos recursos vinculados do INSS e com as limitações geradas pela própria conjuntura para assegurar, no espaço orçamentário, fontes estáveis e adequadas de recursos para o seu financiamento – para o que também contribuía a ausência de algum tipo de vinculação exigido das esferas subnacionais para sua cobertura –, a oferta de serviços de saúde no Brasil passou a se defrontar com grandes dificuldades, e os programas oferecidos à população, por uma acentuada e crescente instabilidade.

Foi neste contexto que começaram a surgir soluções provisórias e *ad hoc*, visando a ampliar os recursos para o seu financiamento, como o Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF) em 1994, depois prorrogado e rebatizado como Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Neste sentido, também foi importante o início do processo de contratação de empréstimos contraídos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), para complementar as necessidades de recursos do sistema, embora tal expediente tenha acarretado elevação das despesas.

Devido ao reconhecido caráter provisório e às limitações desses instrumentos, começaram a surgir propostas, em especial no âmbito do Poder Legislativo, para encontrar uma solução mais duradoura para o financiamento da saúde,

para a criação de fontes estáveis e seguras para o atendimento das demandas endereçadas a esse setor. Dentre elas, destaca-se a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) da Saúde, elaborada originalmente pelo deputado Eduardo Jorge, do Partido dos Trabalhadores (PT) de São Paulo, a qual, depois de ter alguns de seus pontos modificados, foi aprovada pelo Congresso e promulgada pelo Senado Federal, na forma da EC nº 29/2000. Com a sua entrada em vigor, dá-se início ao processo de construção das condições necessárias para alcançar o equilíbrio desejável entre as demandas da população por serviços de saúde e os recursos necessários ao seu financiamento.

À semelhança de outras propostas apresentadas com este objetivo, a EC em análise estabelece a vinculação de recursos orçamentários dos diversos níveis de governo – União, estados e municípios – para a saúde, com duas sensatas inovações em relação às demais. A primeira diz respeito ao seu caráter gradualista, pois prevê um prazo de cinco anos para atingir os percentuais de recursos a serem destinados ao financiamento do setor pelos governos subnacionais. A segunda refere-se à flexibilidade prevista para essa vinculação, uma vez que, ao final de cada período de cinco anos, determina que sejam reavaliados, *inter alia*, os percentuais de recursos vinculados para as esferas da Federação e os critérios de rateio dos recursos da União destinados aos estados e municípios, bem como os dos estados destinados aos seus municípios, à luz do objetivo de garantir uma progressiva redução das disparidades regionais.

No tocante às vinculações, a EC estabelece, para a União, a destinação, no ano em que entrar em vigor, do montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro imediatamente anterior, acrescido de, no mínimo, 5%. Para os quatro anos seguintes, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Isso significa, para a União, um aumento de recursos para a saúde equivalente ao aumento real do PIB mais a inflação do ano, visando a manter a proporção de gastos federais em saúde em relação ao PIB.

Para os estados e municípios, os percentuais de vinculação estabelecidos são de 12% e 15%, respectivamente, de sua receita de impostos e de transferências recebidas, deduzindo-se, para o cálculo da base vinculável dos primeiros, as transferências realizadas para os municípios. O gradualismo contemplado na proposta para o alcance desses percentuais tem por objetivo evitar pressões iniciais sobre as finanças dessas esferas, propiciando-lhes um ajustamento gradativo para o cumprimento dessa nova exigência constitucional.

Como regra geral, a EC determina que as esferas que destinam, atualmente, percentuais inferiores a 12%, no caso dos estados e do Distrito Federal, e 15%, no

caso dos municípios, para o seu financiamento, deverão elevá-los gradualmente até o quinto ano após a sua aprovação, reduzindo-se essa diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano. Como ponto de partida prevê que, no primeiro ano da entrada em vigor da emenda, estados, Distrito Federal e municípios deverão aplicar 7% de recursos da base de receitas vinculadas ao financiamento da saúde, o que pode exigir, das unidades que se situam muito abaixo desse percentual, um maior esforço financeiro inicial.

Apesar de reconhecida sua necessidade como alternativa para superar/atenuar as dificuldades para o financiamento da saúde no Brasil, a EC não passou ilesa de críticas, destacando-se, entre as mais comuns, as que se referem à perda de flexibilidade na elaboração e execução da peça orçamentária, com o maior engessamento que será produzido com as vinculações de receitas e despesas, e as que se apóiam na situação de penúria financeira em que se encontram mergulhadas a União e as esferas subnacionais, para justificar a posição dos que se opuseram à sua aprovação.

No tocante à primeira – o engessamento do orçamento –, deve-se ter em mente que o considerável número de vinculações existentes na Constituição – destaca-se como a mais importante a que garante recursos para a educação – representa, em tempos de crise fiscal prolongada e da necessidade de garantir superávits primários crescentes nas contas públicas, uma ameaça permanente de cortes dos gastos para os setores que não se encontram protegidos por essa regra, aí incluída a saúde. Por isso, dada a importância da oferta dos serviços de saúde para a população e para a melhoria de suas condições de vida, não se justifica continuar deixando-a desprotegida para evitar um ‘engessamento orçamentário’, já garantido pelas demais vinculações. Porque, como muito bem observou o ministro da Saúde, José Serra, “onde pululam dezenas de vinculações, as despesas com saúde pública passam a ser sempre as principais candidatas a sofrer cortes. Um grande e fofo colchão amortecedor para as crises fiscais”.¹

Em relação à segunda crítica – a difícil situação financeira dos entes federados –, embora se considere procedente, em alguns casos, o temor de que a aprovação dessa proposta possa aumentar os desequilíbrios, não se pode ignorar que, além de seu caráter gradualista, há de se considerar o dispositivo de flexibilização dos percentuais, que poderão ser revistos passados cinco anos, e ainda as perspectivas de que o país venha a ingressar numa trajetória de maior

¹ Para Serra, “a vinculação passa a ser uma condição importante para que a saúde deixe de ser uma válvula de escape das crises [fiscais], condição em que, em certas ocasiões, como em 1991 e 1993, implicou aumentar as mortes de pessoas humildes devido à desassistência médica que decorreu de colapsos espetaculares dos recursos do SUS. Isso para não mencionar os efeitos dos súbitos cortes orçamentários na ampliação da vulnerabilidade da população às doenças infecto-contagiosas, com péssimas conseqüências no médio e no longo prazos” (Serra, 2000)

crescimento, gerando impactos positivos sobre a sua arrecadação. Isso, sem considerar os frutos que estão sendo colhidos com o ajuste fiscal que vem sendo implementado nas diversas esferas de governos e os resultados com que se conta para a melhoria e maior controle das contas estaduais e municipais com a entrada em vigor da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

De qualquer forma, antes de emitir conclusões sobre essa questão, torna-se indispensável, em primeiro lugar, avaliar o montante de recursos próprios transferidos por essas esferas para o financiamento da saúde, visando a estimar o esforço adicional que teriam de desenvolver para garantir o alcance dos percentuais de vinculação previstos. Em segundo, projetar os ganhos adicionais que poderão ser obtidos anualmente para o setor com a entrada em vigor da EC, com o objetivo de avaliar em que medida serão suficientes para resolver/atenuar suas necessidades de recursos para atender às demandas da população.

A partir de levantamentos realizados pela equipe do Ministério da Saúde (MS), responsável pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), foram elaboradas estimativas preliminares dos gastos dos três níveis de governo com saúde, bem como dos resultados que a EC pode produzir na geração de recursos adicionais dessas esferas para o seu financiamento. Com este propósito, o trabalho, além desta introdução, está estruturado em quatro seções.

Na primeira, procura-se estimar – com base nos gastos em saúde realizados pelo governo federal no triênio 1998-2000 e de acordo com a adoção de algumas hipóteses para o crescimento do PIB e para a taxa inflacionária – o aumento de recursos destinados ao seu financiamento no período 2001-2004.

Na segunda, é feito um balanço dos recursos próprios dos estados efetivamente destinados à saúde no período 1995-98, considerados como proporção de suas receitas líquidas – deduzidas, portanto, as transferências realizadas para os municípios. Além da análise da evolução do grau de comprometimento de suas receitas com o financiamento desse setor, nesse período, procura-se avaliar as tendências do processo de descentralização dessa política no Brasil, com o aumento da responsabilidade das esferas subnacionais em sua implementação. Ainda nessa seção, são projetados, ano a ano, tendo como referência os dados de seus balanços e adotando-se a hipótese de crescimento nulo de sua base vinculável – restringindo-se, portanto, as estimativas aos efeitos produzidos apenas pela EC nº 29/2000 –, e de expansão de 2% a.a. dessas mesmas receitas, o esforço financeiro que terão de desenvolver para atingir, em cinco anos, o percentual de 12% da receita estabelecido na EC, bem como o montante adicional de recursos que deve ingressar no sistema para o seu financiamento.

Na terceira, essas mesmas estimativas são realizadas para o conjunto dos municípios do país, embora com a adoção de metodologias distintas para os municípios das capitais e os do interior. Para os municípios das capitais, são utilizados os gastos realizados com a saúde registrados em seus balanços no ano de 1998 para a realização das projeções de seu crescimento no período 2000-2004; para os municípios do interior, essas estimativas tomaram como base também o ano de 1998 para as projeções neste mesmo período, mas com as despesas sendo calculadas por meio da comparação entre as bases de dados do SIOPS/98 (1.570 municípios em dezembro/2000) e do FINBRA/97, conforme metodologia detalhada mais adiante.

Na última seção, apresentam-se as estimativas de crescimento do gasto em saúde consolidado para os diversos níveis de governo e tecem-se considerações sobre o montante adicional de recursos com os quais o setor poderá contar durante o período previsto pela EC nº 29/2000 para acréscimos de aportes ao setor.

Uma advertência inicial merece ser feita: como se verá, também neste caso, o país é marcado por situações de grande diversidade, pois alguns estados registram, já em 1998, gastos superiores aos percentuais estabelecidos pela emenda, enquanto outros apresentam níveis extremamente reduzidos de dispêndios com o setor, indicando inevitáveis problemas que o estabelecimento de uma regra geral pode acarretar ao dispensar o mesmo tratamento para situações tão distintas. Esta situação também se reproduz, embora em escala reduzida, no conjunto dos municípios brasileiros.

ESTIMATIVAS DO GASTO FEDERAL EM SAÚDE

Metodologia de Cálculo

A informação utilizada como base para o cálculo das estimativas de gasto do governo federal no período 2001-2004 foi a dos recursos empenhados pelo MS em 2000, que atingiu R\$ 22,70 bilhões, o que – excluídos os gastos com Inativos e Pensionistas, no valor de R\$ 1,83 bilhão, e com o Serviço da Dívida, correspondentes a R\$ 155 milhões – totaliza um gasto com ações e serviços públicos de saúde de R\$ 20,35 bilhões.

Para se estimar o gasto federal em saúde no período 2001-2004 aplicou-se o art. 7º da EC nº 29, que modifica o art. 76 das Disposições Constitucionais Transitórias, estabelecendo: a) que a União deve aplicar no setor no ano 2000, no mínimo, o valor aplicado em 1999 – total empenhado, exceto os

gastos com Inativos e Pensionistas e com o Serviço da Dívida – acrescido de 5%;² e b) no período de 2001 a 2004, o valor do ano anterior³ corrigido pela variação nominal do PIB.

Estimou-se a variação real do PIB em 2% a partir de 2001 e as taxas de inflação (projetadas pela SPE/MF, para o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE) em 4% em 2001, 3,5% em 2002, e 3% em 2003 e 2004.

Projetados os valores nominais para o período, realizou-se o seu cálculo em valores reais a preços de 2000, deflacionando-se os valores de 1998 e 1999 por meio de um índice de variação de preços médios entre 2000 e o ano respectivo, e corrigindo-se o gasto de 1998 pela taxa de 12,44%, e o de 1999 pela taxa de 7,04%, descontando-se a inflação anual estimada a partir de 2001.

Resultados Encontrados

A Tabela 1 mostra as estimativas realizadas para o gasto federal em saúde no período 2001-2004 com a aplicação da EC nº 29 de acordo com as hipóteses adotadas.

Tabela 1 – Gastos federais em saúde em 1998, 1999 e 2000 e estimativas para o período 2001-2004 com a aplicação da EC nº 29 (em R\$ bilhões)

Ano	A Total executado MS (R\$ correntes)	B Total executado MS (R\$ de 2000)	C Inativos/pensionistas (R\$ correntes)	D Serviço da dívida (R\$ correntes)	E Gastos em ações e serviços de saúde (R\$ correntes)	F Gastos em ações e serviços de saúde (R\$ de 2000)	G Variação real (%)
1998	19,32	21,69	1,74	2,33	15,25	17,11	
1999	20,33	21,77	1,83	0,16	18,35	19,64	14,79
2000	22,70	22,70	2,19	0,15	20,35	20,35	3,61
2001	26,05	25,05	2,23	0,36	23,47	22,57	10,89
2002	27,51	25,56	2,26	0,36	24,90	23,13	2,49
2003	28,93	26,10	2,29	0,36	26,28	23,71	2,50
2004	30,30	26,53	2,32	0,36	27,61	24,18	2,00

Fonte: SPO/SE/MS e STN/MF.

² O valor nominal gasto em 2000 excedeu o valor nominal relativo ao ano de 1999 em 10,9%, se considerados apenas os gastos com ações e serviços públicos de saúde, ou 11,7%, se considerado o gasto total do Ministério da Saúde.

³ A EC nº 29 estabelece, no artigo 7º, que “os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes: I - no caso da União: (...) b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB”, ou seja, não determina expressamente que o percentual de variação do PIB se refere ao ano anterior, hipótese adotada neste trabalho.

Notas:

- 1) Estimativas de inflação (IPCA/IBGE) de 4,0% em 2001, 3,5% em 2002, 3,0% em 2003 e 2004, cf. SPE/Ministério da Fazenda.
- 2) Estimativas de variação do PIB de 2% a partir de 2001.
- 3) Aplicou-se a elevação de gastos prevista pela EC nº 29 (variação nominal do PIB a partir de 2001) sobre o valor executado, exceto gastos com Inativos, Pensionistas e Serviço da Dívida.
- 4) A estimativa de gasto com pessoal inativo foi feita por meio da aplicação da Taxa Média de Variação do item Pessoal e Encargos Sociais entre 1995 e 2000 a partir de 2001.
- 5) O valor orçado para 2001 relativo ao Serviço da Dívida foi repetido para o triênio 2002-2004.

Cabe notar que, em virtude das elevadas despesas realizadas com o Serviço da Dívida em 1998, o crescimento dos gastos totais do Ministério da Saúde é de 22,3%, evoluindo de R\$ 21,69 bilhões para R\$ 26,53 bilhões. Todavia, como os dispêndios com Inativos/Pensionistas e com o Serviço da Dívida não se traduzem em gastos efetivos com Ações e Serviços de Saúde⁴ à sociedade, torna-se necessário excluir esses componentes do montante de empenho realizado pelo Ministério da Saúde, para uma avaliação mais criteriosa dos recursos adicionais que o governo federal deverá aportar para o sistema, em virtude dos efeitos da EC nº 29.

A Coluna F da Tabela 1 apresenta as estimativas de impacto da emenda sobre os gastos com saúde do governo federal, no período 2001-2004, excluídas as despesas com Inativos/Pensionistas e com o Serviço da Dívida. Verifica-se que esses gastos evoluem de R\$ 17,11 bilhões em 1998 para R\$ 20,35 bilhões em 2000, e R\$ 24,18 bilhões em 2004, registrando um crescimento, em termos reais, de 41,3% no período, dos quais 18,8% (50% do crescimento) referentes ao período 2000-2004, como resultado dos efeitos da EC nº 29 (ganhos líquidos equivalentes a quase R\$ 4 bilhões).

⁴ As despesas com saúde consideradas neste artigo são aquelas relativas a gastos com "Ações e Serviços Públicos de Saúde", ou seja, são descontados os gastos relativos a inativos e pensionistas, e destinados ao pagamento de dívidas.

EVOLUÇÃO DOS GASTOS DOS GOVERNOS ESTADUAIS COM A SAÚDE (1995-98) E ESTIMATIVAS DE SEU CRESCIMENTO

Apontamentos Metodológicos

Os dados utilizados para estimar o montante de recursos, em termos brutos e líquidos, que os governos dos estados destinam ao financiamento da saúde *vis-à-vis* a base vinculável de receitas contempladas na EC nº 29/2000 (Receita Vinculável - RV) foram extraídos dos balanços dos estados e do SIOPS (Ministério da Saúde).

Percorreu-se, assim, um caminho distinto do trilhado por outros trabalhos que procuraram realizar a mesma estimativa, mas que, em virtude dos procedimentos metodológicos adotados, terminaram esbarrando em incontornáveis problemas de dupla contagem, o que se procurou aqui evitar.⁵

Para isto, além do levantamento dos dados relativos às receitas e despesas brutas dos estados com a saúde, a Despesa Total, que inclui as transferências recebidas da União para aplicação nesse setor – tendo como fonte seus balanços orçamentários –, procurou-se coletar, no próprio Ministério da Saúde, as transferências realizadas para essas esferas nos anos considerados para se chegar ao conceito de despesas líquidas de cada unidade, ou Despesas Próprias (DP), que é, de fato, o que interessa para avaliar os resultados que podem ser colhidos com a aprovação da emenda. Assim, foi possível contornar alguns problemas que dificultavam estimativas mais confiáveis sobre o esforço próprio realizado por essas esferas no financiamento da saúde, decorrentes, *inter alia*, de uma inadequada classificação do destino dos recursos de transferências na estrutura de suas despesas ou da ausência de contabilização e apropriação em seus orçamentos nos casos em que essas transferências são realizadas diretamente pela União aos agentes prestadores de serviços.

Apesar das reconhecidas limitações que os dados de balanços apresentam para uma avaliação confiável dos gastos efetivos realizados pelas administrações públicas em determinado setor – seja por problemas de classificação, apropriação/distribuição de custos ou mesmo por distorções provocadas pelo processo inflacionário –, o que foi consideravelmente atenuado com a entrada em vigência do Plano Real, não há dúvida de que a metodologia empregada neste trabalho, ainda que passível de aprimoramento, fornece respostas bem mais realistas para o conhecimento dessa questão.

⁵ Para melhor apreciação das metodologias utilizadas, ver Oliveira (1998).

Evolução das Despesas com a Saúde na Base Vinculável das Receitas (1995-98)

A Tabela 2 retrata a evolução da participação das despesas, brutas e líquidas, realizadas pelos estados na sua base de receita vinculável, conforme estabelecido na EC nº 29. Para obter esses resultados, calculados com base nas receitas e aplicações na área de cada unidade da Federação, foram adotados os seguintes procedimentos:

- em relação à receita vinculável (RV), foram considerados os impostos de competência dessas esferas – ICMS, IPVA e outros –, mais as transferências recebidas da União – FPE, IRRF, IPI, Lei Complementar nº 87/96 –, deduzindo-se dos valores encontrados as transferências realizadas para os municípios – Cota-Parte do ICMS, do IPVA, do IPI, entre outras;
- em relação às despesas totais (DT), incluíram-se nos gastos efetivamente realizados pelos estados, com recursos próprios, as transferências de qualquer natureza recebidas do governo federal para o financiamento específico da saúde: pagamento a prestadores de serviços do SUS, convênios específicos – FUNASA e FNS –, transferências a estados e municípios habilitados e transferências para o pagamento de pessoal;
- as despesas próprias estaduais com a saúde (DP) foram obtidas deduzindo-se das despesas totais as transferências recebidas da União para aplicação no setor.

Esse procedimento é importante para avaliar tanto o comportamento do volume de recursos destinado, em cada unidade da Federação – incluídos os de origem federal –, ao financiamento da saúde, como a efetiva contribuição dada pelo governo federal em sua cobertura. Além disso, essas informações fornecem alguns elementos para identificar estados e regiões mais dependentes de transferências do governo federal para o atendimento das demandas crescentes da população por esse serviço, bem como para avaliar as unidades que mais têm ampliado a utilização de recursos próprios para essa finalidade, permitindo inferências importantes sobre a questão da descentralização das políticas públicas e sobre a equidade do gasto federal.

A Tabela 2 mostra que, para o conjunto dos estados brasileiros, os gastos totais – federal e estaduais – realizados com a saúde não apresentaram modificações relevantes no período analisado (1995-98), quando relacionados com a sua receita vinculável, situando-se em torno de 13%. A situação se modifica, entretanto, quando se analisa a evolução dessa relação por unidade da Federação.

Entre os estados, na Região Norte, quatro aumentaram a participação das DT no total da receita vinculável – Roraima, Amazonas, este com aumento nessa

relação superior a 100%, Rondônia e Pará -, enquanto três a viram reduzir-se - Acre, Amapá e Tocantins; no Nordeste, esse aumento foi registrado apenas para dois estados - Maranhão e Pernambuco -, com as dos demais reduzindo-se; no Sudeste, Minas Gerais e Espírito Santo conheceram reduções expressivas dessa participação no período 1995-98, com a de São Paulo mantendo-se estável e a do Rio de Janeiro apresentando ligeiro crescimento; no Sul e Centro-Oeste, registrou-se aumento para todos os estados, à exceção do Distrito Federal. Sublinhe-se que, em 1998, 12 estados - Amapá, Pará, Maranhão, Ceará, Paraíba, Sergipe, Rio de Janeiro, Paraná, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e Goiás - ainda registravam gastos brutos com a saúde em relação à sua base de receita vinculável inferiores a 12%, mesmo beneficiando-se das transferências da União para o seu financiamento.

Tabela 2 - Despesas totais e despesas próprias com a saúde (DT e DP) e transferências federais (TF) como proporção da receita vinculável (RV) dos estados (em %)

Estados	DT/RV		TFs/RV		DP/RV	
	1995	1998	1995	1998	1995	1998
RO	14,36	15,74	11,51	5,44	2,85	10,30
AC	24,61	21,85	11,45	2,89	13,16	18,96
AM	8,38	17,72	2,52	4,40	5,86	13,32
RR	15,25	17,68	3,12	4,81	12,13	12,87
PA	10,03	11,26	3,94	1,76	6,09	9,50
AP	9,63	7,93	5,42	2,43	4,21	5,50
TO	13,90	12,02	3,88	1,75	10,22	10,27
MA	4,07	6,30	3,85	1,25	0,22	5,05
PI	18,63	13,51	9,58	4,82	9,05	8,69
CE	12,79	11,38	5,61	4,41	7,18	6,97
RN	19,68	19,09	14,65	6,46	5,03	12,63
PB	9,04	7,78	6,71	3,51	2,33	4,27
PE	16,23	17,10	6,61	7,62	9,62	9,48
AL	13,70	13,56	4,18	5,82	9,52	7,74
SE	10,25	10,01	4,36	4,09	5,89	5,92
BA	15,14	14,62	4,11	3,24	11,03	11,38
MG	23,68	15,45	13,74	7,12	9,94	8,33
ES	21,87	15,18	8,12	6,89	13,75	8,29
RJ	6,04	6,84	2,67	2,51	3,37	4,33
SP	12,82	12,95	3,60	3,49	9,22	9,46
PR	9,06	10,15	2,12	1,61	6,94	8,54
SC	12,01	12,29	1,45	1,61	10,56	10,68
RS	4,71	6,87	1,41	0,49	3,30	6,38
MS	3,86	5,49	2,62	1,82	1,24	3,67
MT	5,62	6,62	1,61	1,98	4,01	4,64
GO	8,44	11,58	0,85	1,50	7,59	10,08
DF	64,65	48,56	51,69	34,15	12,96	14,41
TOTAL	13,57	13,04	5,75	4,41	7,82	8,63

Fonte dos dados primários: Balanços dos estados e SIOPS (Ministério da Saúde).

A Tabela 2 fornece alguns elementos que permitem entender o comportamento das despesas totais com a saúde realizadas pelos estados no período em análise, avaliando a contribuição das transferências federais em sua cobertura, bem como a participação de suas receitas nesse processo.

Constata-se, para o conjunto dos estados brasileiros, uma redução das transferências federais (TFs) em relação ao total de suas receitas vinculáveis: 5,75% em 1995 e 4,41% em 1998. Observa-se que apenas em sete unidades da Federação – Amazonas, Roraima, Pernambuco, Alagoas, Santa Catarina, Mato Grosso e Goiás – registraram-se aumentos na relação TFs/RV, com redução dessa relação para as demais.

Em contrapartida, aumenta a participação das receitas dos estados no seu financiamento. Como se percebe ainda na Tabela 2, as despesas líquidas com a saúde (DP) dos estados aumentam sua participação na receita vinculável (RV) de 7,82% em 1995 para 8,63% em 1998. Apenas em seis a relação DP/RV reduz-se: Piauí, Ceará, Pernambuco, Alagoas, Minas Gerais e Espírito Santo. Para os demais, ocorre um aumento no período, de forma altamente expressiva em alguns casos: Rondônia – 2,85% para 10,30%; Acre – 13,16% para 18,96%; Amazonas – 5,86% para 13,32%; Maranhão – 0,22% para 5,05%; Rio Grande do Norte – 5,03% para 12,63%; Paraíba – 2,33% para 4,27%; Rio Grande do Sul – 3,3% para 6,38%; Mato Grosso do Sul – 1,24% para 3,67%; e Goiás – 7,59% para 10,08%.

Esses resultados indicam, com poucas exceções, um movimento de elevação da participação relativa dos estados – em alguns casos bastante expressiva – no financiamento da saúde, ora compensando reduções de recursos do governo federal, ora disponibilizando mais recursos próprios para sua cobertura em relação às transferências recebidas, reforçando o processo de descentralização das políticas públicas.

As poucas exceções mencionadas neste caso referem-se às situações em que o aumento da participação relativa dos estados no financiamento da saúde não compensa a redução da contribuição do governo federal na sua cobertura ou em que se registram reduções relativas de ambas as fontes, produzindo uma queda da relação DP/RV. No primeiro caso, se situam os estados do Acre, Amapá, Tocantins, Paraíba, Sergipe, Bahia e Distrito Federal. No segundo, os estados do Piauí, Ceará, Minas Gerais e Espírito Santo.

Os dados contidos na Tabela 3 confirmam, com eloquência, este processo de aumento gradativo da participação dos governos estaduais no financiamento dos programas de saúde sob sua responsabilidade *vis-à-vis* o governo federal. Entre 1995 e 1998, as transferências da União realizadas para o conjunto dos estados brasileiros conheceram uma queda de 8,5 pontos percentuais no montante das despesas por eles realizadas com o setor. Do ponto de vista regional, essa queda foi, entretanto, mais pronunciada nos estados das regiões Norte, Nordeste e Sul, no período, em relação aos do Sudeste.

De maneira geral, os estados do Norte e Nordeste viram reduzir-se expressivamente a participação das transferências federais no montante de recursos por eles aplicados na saúde - à exceção de Roraima, Pernambuco e Alagoas -, bem como os do Sul - exceto Santa Catarina - e do Centro-Oeste, onde apenas o estado de Goiás viu ampliar-se essa relação de dependência. Já os estados do Sudeste apresentaram desempenho menos espetacular nesse processo, apenas com o Espírito Santo ampliando essa dependência.

Tabela 3 - Evolução das transferências do governo federal para os estados, para a saúde, em relação ao total de suas despesas com o setor - 1995-98 (em %)

Estado	1995	1996	1997	1998
RO	80,02	65,59	61,66	34,56
AC	46,52	40,24	16,65	13,22
AM	30,07	24,89	22,67	24,83
RR	20,45	19,10	28,57	27,20
PA	39,28	22,07	14,85	15,63
AP	56,28	42,97	25,23	30,64
TO	27,91	25,77	14,11	14,55
MA	94,59	22,58	21,27	19,84
PI	51,42	22,52	41,96	35,67
CE	43,86	28,32	42,20	38,75
RN	74,44	48,86	55,60	33,83
PB	74,22	43,66	66,52	45,11
PE	40,72	39,41	59,83	44,56
AL	30,51	35,75	50,68	42,92
SE	42,53	23,51	35,63	40,85
BA	27,14	22,44	23,60	22,16
MG	58,02	52,08	33,00	46,08
ES	37,12	32,60	54,81	45,38
RJ	44,20	38,49	29,30	36,69
SP	28,08	23,80	29,62	26,94
PR	23,39	13,76	13,59	15,86
SC	12,07	15,07	8,66	13,10
RS	29,93	8,33	7,73	7,13
MS	67,87	26,94	79,01	33,15
MT	28,64	19,01	30,37	22,98
GO	10,07	11,77	39,11	12,95
DF	79,95	61,96	69,97	70,32
TOTAL	42,37	33,12	39,39	33,81

Fonte dos dados primários: Balanços dos governos estaduais e Ministério da Saúde.

Não será nenhum exagero afirmar, diante das tendências reveladas por esses números, que a EC da Saúde apenas reforça o processo de descentralização das políticas de saúde no país, que se tem aprofundado na década de 90, ao mesmo tempo em que lhe imprime maior organicidade e racionalidade, ao contemplar um cronograma mais compatível e ajustado ao aumento das responsabilidades das esferas subnacionais na prestação desse serviço e à ampliação dos recursos que terão de ser mobilizados para essa finalidade.

Na próxima seção, avalia-se o aporte adicional de recursos que deverão ser gerados para o financiamento do sistema, com a sua aprovação, e os esforços exigidos dessa esfera de governo para o cumprimento de seus termos.

Comprometimento das Receitas dos Estados com a Saúde e Recursos Adicionais para o seu Financiamento à Luz da EC nº 29/2000

Em trabalho desenvolvido no Ministério da Saúde, com o objetivo de estimar o montante de recursos adicionais que poderão ser gerados para o financiamento da saúde, com a exigência de aplicação de 12% das receitas vinculáveis – impostos e transferências federais – dos governos estaduais para essa finalidade, bem como dos esforços que esses terão de desenvolver para garantir seu alcance, foram adotados os seguintes procedimentos:

- em primeiro lugar, procurou-se determinar as variações percentuais anuais na relação Despesas Próprias com Saúde/Receita Vinculável (DP/RV), ano a ano, para cada unidade da Federação, a partir de sua aprovação;
- em seguida, estimou-se o crescimento da receita vinculável (RV) de cada estado para o período 2000-2004, tendo como base seus níveis de 1998;
- calculou-se, para cada ano, com os resultados obtidos anteriormente, o montante de recursos adicionais que cada unidade da Federação destinou à saúde, no período de cinco anos, após a aprovação e promulgação da EC.⁶

As projeções foram realizadas, supondo dois cenários: a) o primeiro, com a hipótese de crescimento nulo da receita vinculável dos estados, o que permite identificar o aumento de gastos com a saúde gerado exclusivamente pelos efeitos da EC nº 29/2000, aqui denominado efeito-EC; b) o segundo, com a hipótese de crescimento de 2% da receita, cujos efeitos sobre o aumento dos gastos com a saúde será chamado de efeito-base.⁷

6 SIOps/SIS/MS.

7 Esses efeitos não se encontram dissociados. O 'efeito-EC', ao elevar, no tempo, os percentuais da Receita Vinculável destinados à saúde, termina afetando o 'efeito-base' e ampliando os recursos destinados ao setor. A separação feita neste trabalho objetiva apenas distinguir os resultados que seriam gerados exclusivamente pela EC, na ausência de crescimento, dos que resultam da expansão da base produtiva e das receitas arrecadadas, evitando superestimções equivocadas.

Variações na Relação DLS/RV

A determinação da variação na relação DP/RV, para cada unidade da Federação, com a entrada em vigência da EC, contou com os seguintes passos:

- inicialmente, foram tomados como referência os resultados dessa relação, em termos percentuais, verificados no ano de 1998 de acordo com os dados orçamentários de cada estado;
- em seguida, considerou-se que, em 1999, se tenha mantido constante a relação DP/RV em todos os estados da Federação;
- a partir dessas hipóteses, o cenário montado sobre sua evolução considerou as três situações previstas na emenda:
 - a) a elevação para 7% da relação DP/RV no primeiro ano de sua vigência (2000) para os estados que se posicionaram abaixo desse patamar;
 - b) redução anual, à razão de um quinto, da diferença entre o percentual apurado para 1998 e o teto a ser atingido no prazo de cinco anos para essa relação (12%) para os estados que se encontram na faixa entre 7% e 12%;
 - c) manutenção dos percentuais de gastos para os estados que, no ano anterior ao início da vigência da EC, já estivessem destinando níveis iguais ou superiores a 12% de sua receita vinculável para a saúde.

Os resultados encontrados (Tabelas 4 e 5) foram obtidos de acordo com os seguintes procedimentos:

- para os estados que apresentaram relação DP/RV menor que 7%, o acréscimo percentual do gasto no primeiro ano foi calculado pela diferença entre esse piso e o grau de comprometimento de suas receitas com a saúde no ano anterior; para os anos seguintes, dividiu-se a diferença entre o teto-PEC (12%) e o piso (7%) por 5, obtendo-se um aumento de um ponto percentual/ano na relação DP/RV;
- para os estados compreendidos na faixa de 7% a 12% da relação DP/RV, dividiu-se a diferença existente entre o teto e o percentual apurado em 1998 por 5, obtendo-se como resultado o aumento percentual dessa relação para cada unidade da Federação;
- em ambos os casos, supõe-se que o ajuste desse aumento para atingir os 12% ocorrerá no último ano, razão por que se registra um 'salto' nos percentuais no ano 2004, quando ocorre uma elevação de dois quintos nos gastos;
- para os que apresentaram uma relação DP/RV igual ou superior a 12%, apenas foram mantidos constantes os índices atingidos em 1998.

Tabela 4 – Estimativa de impacto da EC nº 29/2000 na despesa estadual própria com saúde, com hipótese de 0% de crescimento anual da receita a partir de 2000 (em R\$ de 2000). Cenário sem crescimento da Receita Vinculada

Em R\$ milhões de 2000 corrigidos pelo índice de variação dos preços médios do IPCA/IBGE

Estado	1998 - Balanço		Estimativa 2000		Anúncio % ao ano conforme ICR nº 29	Estimativa 2001		Estimativa 2002		Estimativa 2003		Estimativa 2004		Anúncio na Despesa Própria com Saúde	Despesa Própria per capita 1998 (R\$)	Despesa Própria per capita estimada 2004 (R\$)	Variação da Despesa Própria per capita 2004/1998 (%)
	Receita Vinculável 1998	Despesa Própria com Saúde	%	Despesa Própria com Saúde		%	Despesa Própria com Saúde	%	Despesa Própria com Saúde	%	Despesa Própria com Saúde	%	Despesa Própria com Saúde				
RO	6617	681	10,3	681	10,3	70,3	10,6	72,6	11,0	74,9	11,3	79,4	12,0	11,4	53,33	56,66	6,25
AC	5062	960	19,0	960	19,0	96,0	96,0	96,0	19,0	96,0	19,0	96,0	19,0	-	186,67	160,44	(14,05)
AM	1.3153	175,1	13,3	175,1	13,3	175,1	13,3	175,1	13,3	175,1	13,3	175,1	13,3	-	69,48	60,70	(12,65)
RR	3307	42,6	12,9	42,6	12,9	42,6	12,9	42,6	12,9	42,6	12,9	42,6	12,9	-	163,23	142,63	(12,62)
PA	1.7087	1601	9,4	1601	9,4	1691	9,9	1781	10,4	1871	10,9	2050	12,0	45,0	27,75	31,63	13,96
AP	4919	271	5,5	34,4	7,0	39,3	8,0	44,3	9,0	49,2	10,0	59,0	12,0	32,0	64,32	110,32	71,52
TO	6231	622	10,0	622	10,0	64,8	10,4	67,3	10,8	69,8	11,2	74,8	12,0	12,5	56,19	58,79	4,63
MA	1.3575	684	5,0	95,0	7,0	108,6	8,0	122,2	9,0	135,7	10,0	162,9	12,0	94,5	12,76	28,43	122,74
H	8436	691	8,2	691	8,2	75,5	9,0	81,9	9,7	88,4	10,5	101,2	12,0	32,2	25,44	35,76	40,53
CE	2.1871	149,3	6,8	153,1	7,0	156,0	8,0	168,8	9,0	187,7	10,0	202,5	12,0	113,1	21,29	34,63	62,67
RN	9910	125,1	12,6	125,1	12,6	125,1	12,6	125,1	12,6	125,1	12,6	125,1	12,6	-	47,68	44,57	(6,53)
PB	1.0951	460	4,2	76,7	7,0	87,6	8,0	96,6	9,0	109,5	10,0	131,4	12,0	85,4	13,72	37,69	174,71
PE	2.4534	229,5	9,4	229,5	9,4	242,5	9,9	255,5	10,4	268,4	10,9	294,4	12,0	64,9	30,50	37,41	22,64
AL	9903	681	7,3	68,1	7,3	76,8	8,3	85,5	9,2	94,2	10,1	111,6	12,0	43,5	23,34	39,30	55,09
SE	8426	482	5,7	59,0	7,0	67,4	8,0	75,8	9,0	84,3	10,0	101,1	12,0	52,9	28,61	54,55	90,62
BA	3.7405	418,5	11,2	418,5	11,2	424,6	11,4	430,7	11,5	436,7	11,7	448,9	12,0	30,3	32,57	32,74	0,53
MG	6.4832	472,5	7,3	472,5	7,3	533,6	8,2	594,7	9,2	655,8	10,1	716,9	12,0	305,4	27,63	42,54	53,96
ES	1.6948	139,1	8,2	139,1	8,2	151,9	9,0	164,8	9,7	177,6	10,5	203,4	12,0	64,3	48,02	64,50	34,30
RJ	6.7964	262,4	3,9	475,7	7,0	543,7	8,0	611,7	9,0	679,6	10,0	815,6	12,0	55,2	19,18	56,46	194,36
SP	22.286,5	1.955,4	8,8	1.955,4	8,8	2.092,2	9,4	2.243,0	10,1	2.396,8	10,7	2.674,4	12,0	719,0	55,42	69,44	25,30
RR	2.2994	191,1	8,5	191,1	8,5	206,6	9,2	222,1	9,9	237,7	10,6	268,7	12,0	77,7	20,64	26,36	30,65
SC	2.1791	207,2	9,5	207,2	9,5	218,1	10,0	228,9	10,5	239,8	11,0	261,5	12,0	54,3	41,21	47,95	16,35
RS	4.787	245,1	5,1	334,5	7,0	382,3	8,0	430,1	9,0	479,9	10,0	573,4	12,0	338,3	24,85	54,60	119,74
MS	8272	306	3,7	57,9	7,0	66,2	8,0	74,4	9,0	82,7	10,0	93,3	12,0	68,7	15,31	45,46	196,85
MT	1.1159	489	4,4	78,1	7,0	89,3	8,0	100,4	9,0	111,6	10,0	133,9	12,0	85,0	20,99	51,55	145,63
GO	1.7208	1657	9,6	165,7	9,6	174,1	10,1	182,5	10,5	190,9	11,0	207,7	12,0	42,0	34,94	38,62	10,55
DF	1.9835	1228	6,4	135,3	7,0	154,7	8,0	174,0	9,0	193,3	10,0	222,0	12,0	109,2	63,85	105,23	64,80
Total	72.144,1	5.694,2	7,9	6.145,2	8,5	6.659,9	9,2	7.174,7	9,9	7.689,4	10,7	8.718,9	12,1	3.024,7	35,20	49,86	41,67

Fonte: Balanço dos Estados, Ministério da Saúde e Emenda Constitucional nº 29/2000.

OBS: As Despesas com Saúde excluem os gastos com inativos e pagamento de dívidas.

Tabela 5 - Estimativa de impacto da EC nº 29/2000 na despesa estadual própria com saúde, com hipótese de 2% de crescimento anual da receita a partir de 2000 (em R\$ de 2000). Cenário com crescimento da Receita Vinculada de 2% ao ano a partir de 2000

Em R\$ milhões de 2000 corrigidos pelo índice de variação dos preços médios do IPCA/IBGE

Estado	Receita Vinculável 1998	1998 - Balanços		Estimativa 2000		Acréscimo % ao ano conforme EC nº 29/2000	Estimativa 2001	
		Despesa Própria com Saúde	%	Despesa Própria com Saúde	%		Despesa Própria com Saúde	%
RO	661,7	68,1	10,3	68,1	10,3	0,34	71,7	10,6
AC	506,2	96,0	19,0	96,0	19,0	-	97,9	19,0
AM	1.315,3	175,1	13,3	175,1	13,3	-	178,6	13,3
RR	330,7	42,6	12,9	42,6	12,9	-	43,4	12,9
PA	1.708,7	160,1	9,4	160,1	9,4	0,53	172,5	9,9
AP	491,9	27,1	5,5	34,4	7,0	1,00	40,1	8,0
TO	623,1	62,2	10,0	62,2	10,0	0,40	66,0	10,4
MA	1.357,5	68,4	5,0	95,0	7,0	1,00	110,8	8,0
PI	843,6	69,1	8,2	69,1	8,2	0,76	77,0	9,0
CE	2.187,1	149,3	6,8	153,1	7,0	1,00	178,5	8,0
RN	991,0	125,1	12,6	125,1	12,6	-	127,6	12,6
PB	1.095,1	46,0	4,2	76,7	7,0	1,00	89,4	8,0
PE	2.453,4	229,5	9,4	229,5	9,4	0,53	247,3	9,9
AL	930,3	68,1	7,3	68,1	7,3	0,94	78,4	8,3
SE	842,6	48,2	5,7	59,0	7,0	1,00	68,8	8,0
BA	3.740,5	418,5	11,2	418,5	11,2	0,16	433,1	11,4
MG	6.483,2	472,5	7,3	472,5	7,3	0,94	544,3	8,2
ES	1.694,8	139,1	8,2	139,1	8,2	0,76	155,0	9,0
RJ	6.796,4	262,4	3,9	475,7	7,0	1,00	554,6	8,0
SP	22.286,5	1.955,4	8,8	1.955,4	8,8	0,65	2.141,1	9,4
PR	2.239,4	191,1	8,5	191,1	8,5	0,69	210,7	9,2
SC	2.179,1	207,2	9,5	207,2	9,5	0,50	222,4	10,0
RS	4.778,7	245,1	5,1	334,5	7,0	1,00	389,9	8,0
MS	827,2	30,6	3,7	57,9	7,0	1,00	67,5	8,0
MT	1.115,9	48,9	4,4	78,1	7,0	1,00	91,1	8,0
GO	1.730,8	165,7	9,6	165,7	9,6	0,48	177,6	10,1
DF	1.933,5	122,8	6,4	135,3	7,0	1,00	157,8	8,0
Total	72.144,1	5.694,2	7,9	6.145,2	8,5	-	6.793,1	9,2

Fonte: Balanço dos Estados, Ministério da Saúde e Emenda Constitucional nº 29/2000. Os dados são em milhões de reais de 2000 corrigidos pelo índice de variação dos preços médios do IPCA/IBGE. OBS: As Despesas com Saúde excluem os gastos com inativos e pagamento de dívidas.

Como apontado anteriormente, os estados que apresentam uma situação mais confortável do ponto de vista das novas exigências da EC são predominantemente da Região Norte - Acre, Amazonas e Roraima -, com registro de percentuais de aplicação de sua receita à saúde superiores a 12% em 1998. Além desses estados, enquadra-se na mesma situação o Rio Grande do Norte.

Treze outros estados encontram-se situados na faixa compreendida entre o piso (7%) e o teto (12%) da EC, variando entre 0,16% (Bahia) e 0,94% (Alagoas e Minas Gerais) o acréscimo de receitas que terão de destinar anualmente para o financiamento da saúde até a conclusão do processo.

Dos dez estados restantes - Amapá, Maranhão, Ceará, Paraíba, Sergipe, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e Distrito Federal -, cuja relação DP/RV, em termos percentuais, foi inferior a 7%, é que será exigido um maior esforço para o cumprimento das exigências da EC. Isso porque, além de no primeiro ano da entrada em vigor da EC terem de saltar para o piso de 7% - e os maiores esforços, nesse caso, serão, por ordem, do Mato Grosso do Sul, Paraíba, Rio de Janeiro, Mato Grosso e Maranhão -, ainda terão de destinar anualmente mais 1,0 ponto percentual de sua receita vinculável para a cobertura de gastos com a saúde e mais 2,0 pontos percentuais no último ano.

Base de Receitas Vinculáveis dos Estados

Considerando que um dos objetivos deste trabalho é estimar o montante adicional de recursos dos governos estaduais que será destinado à saúde com a aprovação da EC, seus valores foram projetados para o período 2000-2004, tendo sido adotados os seguintes procedimentos:

- tomou-se como base para essa projeção a receita dos estados de 1998, sendo seus valores atualizados pelo índice de variação dos preços médios do IPCA/IBGE para R\$ de 2000;
- a projeção dos dados supôs um cenário de crescimento nulo das receitas vinculáveis dos estados e outro com crescimento de 2% ao ano a partir de 2000, como mostrado nas Tabelas 4 e 5, o que possibilita separar o efeito-EC do efeito-base.

Despesas Líquidas dos Estados com a Saúde: uma projeção para o período 2000-2004

Projetada a base de receitas vinculáveis dos estados para o período 2000-2004, para determinar o gasto líquido dessas esferas com a saúde, conforme

determina a EC, nela foram aplicados os percentuais de vinculação, cuja evolução se encontra nas Tabelas 4 e 5.

Constata-se que as despesas estaduais com a saúde evoluíram de R\$ 5,69 bilhões em 1998 para R\$ 8,72 bilhões em 2004, registrando-se um crescimento, em termos reais, de 53,3%, equivalente à geração líquida de recursos correspondente a cerca de 10% do montante atualmente destinado pelas três esferas – federal, estadual e municipal – para o seu financiamento.

Ressalte-se que o crescimento diferenciado das DP para cada unidade da Federação resulta da combinação da aplicação dos percentuais de vinculação também distintos – o que pode ser chamado de ‘efeito-EC’ – sobre uma base de receitas para a qual se supôs um crescimento uniforme de 2% no período 2000-2004 – ‘efeito-base’.

Os recursos adicionais que cada estado deverá cumulativamente destinar ao financiamento do sistema, tomando-se 1998 como ano-base, encontram-se na Tabela 5. Cabe salientar, entretanto, que esses resultados incorporam tanto o ‘efeito-EC’ como o ‘efeito-base’ e que uma avaliação mais precisa dos frutos que podem ser gerados exclusivamente pela emenda constitucional da saúde para o financiamento de seus serviços exige que esses efeitos sejam tratados separadamente. Isso porque, se é importante a avaliação global da evolução dos gastos com o setor para balizar a formulação das políticas públicas a ele dirigidas, certo é que, considerados esses efeitos em conjunto, superestimam-se os resultados que podem ser produzidos com a aprovação da emenda.

Na Tabela 6 consideram-se esses efeitos separadamente. Como se constata de sua análise, os aportes adicionais de recursos que teriam de ser efetuados pelos governos estaduais para o financiamento da saúde por força do ‘efeito-EC’ correspondem a 80,8% da variação dos gastos estimados para o período 2000-2004, cabendo 19,2% à expansão da base de receita vinculável. Em relação a 1998, o crescimento cumulativo dos gastos com a saúde neste período, como efeito da emenda constitucional, será, de acordo com essas projeções, de 53,1%.

A mesma tabela confirma, como já apontado, que o ‘efeito-EC’ é nulo para os estados que em 1998 já destinavam recursos para a saúde superiores ao teto de 12% da receita vinculável estabelecido pela emenda constitucional – Acre, Amazonas, Roraima e Rio Grande de Norte. O exame da tabela revela também que o ‘efeito-EC’ é determinado pela relação DP/RV existente no ano-base, afetando de forma mais pronunciada os estados que em 1998 destinavam níveis mais reduzidos de recursos para o financiamento da saúde.

Tabela 6 – Gastos estaduais adicionais cumulativos com a saúde no período 2000-2004 – ‘efeito-EC’ e ‘efeito-base’ (em R\$ de 2000)

Estado	Efeito-EC	Efeito-Base	TOTAL
RO	11,4	6,5	17,9
AC	-	7,9	7,9
AM	-	14,4	14,4
RR	-	3,5	3,5
PA	45,0	16,9	61,9
AP	32,0	4,9	36,8
TO	12,5	6,2	18,7
MA	94,5	13,4	108,0
PI	32,2	8,3	40,5
CE	113,1	21,6	134,8
RN	-	10,3	10,3
PB	85,4	10,8	96,2
PE	64,9	24,3	89,2
AL	43,5	9,2	52,7
SE	52,9	8,3	61,2
BA	30,3	37,0	67,3
MG	305,4	64,1	369,6
ES	64,3	16,8	81,1
RJ	553,2	67,2	620,4
SP	719,0	220,5	939,5
PR	77,7	22,2	99,8
SC	54,3	21,6	75,8
RS	328,3	47,3	375,6
MS	68,7	8,2	76,9
MT	85,0	11,0	96,0
GO	42,0	17,1	59,1
DF	109,2	19,1	128,3
Brasil	3.024,7	718,7	3.743,4

Fonte: Tabelas 4 e 5.

ESTIMATIVAS DO GASTO MUNICIPAL EM SAÚDE

A estimativa dos gastos do conjunto dos municípios brasileiros com a saúde exigiu procedimentos diferentes em relação aos adotados para os estados, uma vez que ainda não se dispõe de informações para todo o seu universo. Além disso, foi necessário utilizar fontes de informações distintas para estimar os gastos dos municípios das capitais (balanços) e dos municípios do interior (dados do SIOPS-MS de 1998 e do FINBRA-STN/MF de 1997).

Municípios das Capitais

Metodologia

Para os municípios das capitais, os dados sobre Receita Vinculável (RV) e Despesa Total com Saúde foram coletados dos balanços de 1998. Foi utilizada também a base de dados do Ministério da Saúde (DATASUS) para o levantamento das transferências federais. A Despesa Própria com Saúde foi calculada – com exceção do município de Macapá, para o qual não existem informações disponíveis – de acordo com os seguintes procedimentos:

- em relação à receita vinculável (RV), foram considerados os impostos de competência municipal – IPTU, ITBI, ISS e outros –, acrescidos das transferências recebidas da União – FPM, IRRF, ITR, Lei Complementar nº 87/96 – e das transferências recebidas do estado – Cota-Parte do ICMS, Cota-Parte do IPI-Exportação e Cota-Parte do IPVA;
- em relação às despesas totais com saúde, incluíram-se nos gastos efetivamente realizados com recursos próprios pelos municípios das capitais as transferências de qualquer natureza recebidas do governo federal para o financiamento específico da saúde: pagamento a prestadores de serviços do SUS, convênios específicos (FUNASA e FNS), transferências a estados e municípios habilitados e transferências para o pagamento de pessoal;
- as despesas próprias dos municípios das capitais com a saúde foram obtidas deduzindo-se das despesas totais com saúde as transferências recebidas da União e do estado para aplicação no setor;
- os resultados obtidos foram atualizados para valores de 2000, utilizando-se um índice de variação dos preços médios medido pelo IPCA/IBGE, que representou uma variação de 12,24% na comparação entre 1998 e 2000;

- para as estimativas de gastos, por força da EC nº 29, fixou-se, para o ano de 2000, o gasto mínimo por município em 7% da Receita Vinculável – inclusive para Macapá; a partir de 2000 até 2003, somou-se um quinto da diferença entre o gasto de 2000 e o percentual de 15%. Em 2004, foram somados dois quintos dessa diferença, de forma a se chegar aos 15% em 2004, como estabelecido na emenda;
- calculou-se também o impacto da EC sobre esses gastos com a hipótese de crescimento anual da Receita Vinculável de 2% a.a. a partir de 2000.

Resultados dos Municípios das Capitais

Os resultados dos municípios das capitais relativos às estimativas de seus gastos com saúde encontram-se nas Tabelas 7 e 8 (a seguir). Na primeira, as estimativas apóiam-se na hipótese de crescimento nulo da Receita Vinculável dessas unidades a partir de 2000, considerando, portanto, apenas o ‘efeito-EC’ sobre o aumento de seus gastos. Na segunda, supõe-se crescimento de 2% da RV, agregando, ao ‘efeito-EC’, o ‘efeito-base’ sobre essa expansão.

A análise das informações contidas nessas tabelas permite extrair as seguintes observações:

- em 1998, 11 dos 26 municípios das capitais considerados – Brasília foi excluída por se tratar de um ente da Federação com estrutura tributária que apresenta características de estado e de município – apresentaram uma relação Despesa Própria com Saúde/Receita Vinculável (DP/RV) superior à estabelecida na EC nº 29. Dos 15 restantes, 11 se situavam na faixa de gastos de 7 a 15% em relação à RV e apenas 4 estavam abaixo de 7% – Rio Branco, Macapá (pelo motivo antes apontado), Aracaju e Salvador;
- no conjunto, os municípios das capitais apresentavam uma relação Despesa Própria com Saúde/RV de 16,76% em 1998, indicando que os ganhos obtidos desse universo para fortalecer as fontes de financiamento da saúde não deverão ser expressivos;
- de fato, os resultados apresentados nas Tabelas 7 e 8 confirmam o pequeno crescimento dos gastos em saúde dessas unidades, estimados com a aplicação da emenda. Na hipótese de crescimento nulo da RV projeta-se uma expansão de 8,57% dessas despesas, de R\$ 2,38 bilhões em 1998 para R\$ 2,58 bilhões em 2004, o que representa um ganho acumulado de R\$ 204 milhões. Na hipótese de crescimento de 2% a.a. da RV a partir de 2000, incluindo-se, portanto, o ‘efeito-base’, esse ganho se amplia para 17,5%, implicando um aumento dos R\$ 2,38 bilhões de 1998 para R\$ 2,79 em 2004 – incremento de R\$ 417 milhões.

Tabela 7 - Estimativa de impacto da EC nº 29/2000 na despesa líquida com saúde dos municípios das capitais, com hipótese de 0% de crescimento anual da receita a partir de 2000 (em R\$ de 31/12/2000). Cenário sem crescimento da Receita Vinculada

Em R\$ milhões de 2000 corrigidos pelo índice de variação dos preços médios do IPCA/IBGE

Municípios das Capitais	Receita Vinculável 1998	1998 - Balanços		Estimativa 2000		Acréscimo % ao ano conforme EC nº 29	Estimativa 2001		Estimativa 2002		Estimativa 2003		Estimativa 2004		Acréscimo na Despesa Própria com Saúde (R\$)
		Despesa Própria com Saúde	%	Despesa Própria com Saúde	%		Despesa Própria com Saúde	%	Despesa Própria com Saúde	%	Despesa Própria com Saúde	%	Despesa Própria com Saúde	%	
Porto Velho	57,1	10,8	18,83	10,8	18,83	-	10,8	18,83	10,8	18,83	10,8	18,83	10,8	18,83	-
Rio Branco	54,0	2,1	3,87	3,8	7,00	1,60	4,6	8,60	5,5	10,20	6,4	11,80	5,5	10,20	6,01
Manaus	325,5	23,9	7,35	23,9	7,35	1,53	28,9	8,88	33,9	10,41	38,9	11,94	48,8	15,00	24,90
Boa Vista	47	11,0	23,12	11,0	23,12	-	11,0	23,12	11,0	23,12	11,0	23,12	11,0	23,12	-
Belém	275,4	38,9	14,13	38,9	14,13	0,17	39,4	14,30	39,9	14,48	40,4	14,65	41,3	15,00	2,39
Macapá	52,0	-	-	3,6	7,00	1,60	4,5	8,60	5,3	10,20	6,1	11,80	7,8	15,00	7,81
Palmas	69,1	7,8	11,36	7,8	11,36	0,73	8,4	12,09	8,9	12,82	9,4	13,54	10,4	15,00	2,52
São Luís	165,0	45,6	27,64	45,6	27,64	-	45,6	27,64	45,6	27,64	45,6	27,64	45,6	27,64	-
Tereshina	154,3	31,0	20,08	31,0	20,08	-	31,0	20,08	31,0	20,08	31,0	20,08	31,0	20,08	-
Fortaleza	492,6	114,2	23,18	114,2	23,18	-	114,2	23,18	114,2	23,18	114,2	23,18	114,2	23,18	-
Natal	160,5	20,9	13,05	20,9	13,05	0,39	21,6	13,44	22,2	13,83	22,8	14,22	24,1	15,00	3,13
João Pessoa	156,8	15,8	10,09	15,8	10,09	0,98	17,4	11,07	18,9	12,05	20,4	13,04	23,5	15,00	7,70
Recife	469,6	51,3	10,92	51,3	10,92	0,82	55,1	11,74	58,9	12,55	62,8	13,37	70,4	15,00	19,16
Marcelo	167,5	35,7	21,31	35,7	21,31	-	35,7	21,31	35,7	21,31	35,7	21,31	35,7	21,31	-
Araçajó	115,5	5,1	4,43	8,1	7,00	1,60	9,9	8,60	11,8	10,20	13,6	11,80	17,3	15,00	12,21
Salvador	529,7	36,4	6,87	37,1	7,00	1,60	45,6	8,60	54,0	10,20	62,5	11,80	79,5	15,00	43,07
Belo Horizonte	771,1	166,1	21,54	166,1	21,54	-	166,1	21,54	166,1	21,54	166,1	21,54	166,1	21,54	-
Vitória	235,1	21,7	9,24	21,7	9,24	1,15	24,4	10,40	27,1	11,55	29,8	12,70	35,3	15,00	13,53
Rio de Janeiro	2.467,7	427,0	17,30	427,0	17,30	-	427,0	17,30	427,0	17,30	427,0	17,30	427,0	17,30	-
São Paulo	5.534,6	1.050,2	18,98	1.050,2	18,98	-	1.050,2	18,98	1.050,2	18,98	1.050,2	18,98	1.050,2	18,98	-
Curitiba	637,8	63,5	9,95	63,5	9,95	1,01	69,9	10,96	76,4	11,97	82,8	12,98	95,7	15,00	32,20
Florianópolis	111,9	8,1	7,21	8,1	7,21	1,56	9,8	8,76	11,5	10,32	13,3	11,88	16,8	15,00	8,72
Porto Alegre	519,1	111,8	21,54	111,8	21,54	-	111,8	21,54	111,8	21,54	111,8	21,54	111,8	21,54	-
Campo Grande	166,6	24,9	14,96	24,9	14,96	0,01	24,9	14,96	24,9	14,97	25,0	14,98	25,0	15,00	0,07
Cuiabá	108,1	22,9	21,23	22,9	21,23	-	22,9	21,23	22,9	21,23	22,9	21,23	22,9	21,23	-
Goiânia	339,1	30,5	8,99	30,5	8,99	1,20	34,6	10,19	38,6	11,39	42,7	12,60	50,9	15,00	20,37
TOTAL	14.183,3	2.377,3	16,76	2.386,2	16,82	-	2.425,2	17,10	2.464,2	17,37	2.503,1	17,65	2.581,0	18,20	203,79

Fonte: Balanço dos Municípios das Capitais, Ministério da Saúde e Emenda Constitucional nº 29/2000.

Tabela 8 - Estimativa de impacto da EC nº 29/2000 na despesa própria com saúde dos municípios das capitais, com hipótese de 2% de crescimento anual da receita a partir de 2000 (em R\$ de 2000). Cenário com crescimento da Receita Vinculada de 2% ao ano a partir de 2000

Em R\$ milhões de 2000 corrigidos pelo índice de variação dos preços médios do IPCA/IBGE

Municípios das Capitais	Receita Vinculável 1998	1998 - Balanços		Estimativa 2000		Acréscimo % ao ano conforme EC nº 29	Estimativa 2001		Estimativa 2002		Estimativa 2003		Estimativa 2004		Acréscimo na Despesa Própria com Saúde (R\$)
		Despesa Própria com Saúde	%	Despesa Própria com Saúde	%		Despesa Própria com Saúde	%	Despesa Própria com Saúde	%	Despesa Própria com Saúde	%	Despesa Própria com Saúde	%	
Porto Velho	57,1	10,8	18,83	10,8	18,83	-	11,0	18,83	11,2	18,83	11,4	18,83	11,6	18,83	0,89
Rio Branco	54,0	2,1	3,87	3,8	7,00	1,60	4,7	8,60	5,7	10,20	6,8	11,80	8,8	15,00	6,68
Manaus	325,5	23,9	7,35	23,9	7,35	1,53	29,5	8,88	35,3	10,41	41,2	11,94	52,8	15,00	28,93
Boa Vista	47,7	11,0	23,12	11,0	23,12	-	11,2	23,12	11,5	23,12	11,7	23,12	11,9	23,12	0,91
Belém	275,4	38,9	14,13	38,9	14,13	0,17	40,2	14,30	41,5	14,48	42,8	14,65	44,7	15,00	5,80
Macapá	52,0	-	-	3,6	7,00	1,60	4,6	8,60	5,5	10,20	6,5	11,80	8,4	15,00	8,45
Palmas	69,1	7,8	11,36	7,8	11,36	0,73	8,5	12,09	9,2	12,82	9,9	13,54	11,2	15,00	3,37
São Luís	165,0	45,6	27,64	45,6	27,64	-	46,5	27,64	47,4	27,64	48,4	27,64	49,4	27,64	3,76
Teressina	154,3	31,0	20,08	31,0	20,08	-	31,6	20,08	32,2	20,08	32,9	20,08	33,5	20,08	2,55
Fortaleza	492,6	114,2	23,18	114,2	23,18	-	116,5	23,18	118,8	23,18	121,2	23,18	123,6	23,18	9,41
Natal	160,5	20,9	13,05	20,9	13,05	0,39	22,0	13,44	23,1	13,83	24,2	14,22	26,1	15,00	5,12
João Pessoa	156,8	15,8	10,09	15,8	10,09	0,98	17,7	11,07	19,7	12,05	21,7	13,04	25,5	15,00	9,64
Recife	469,6	51,3	10,92	51,3	10,92	0,82	56,2	11,74	61,3	12,55	66,6	13,37	76,2	15,00	24,97
Maceió	167,5	35,7	21,31	35,7	21,31	-	36,4	21,31	37,1	21,31	37,9	21,31	38,6	21,31	2,94
Aracaju	115,5	5,1	4,43	8,1	7,00	1,60	10,1	8,60	12,3	10,20	14,5	11,80	18,7	15,00	13,63
Salvador	529,7	36,4	6,87	37,1	7,00	1,60	46,5	8,60	56,2	10,20	66,3	11,80	86,0	15,00	49,62
Belo Horizonte	771,1	166,1	21,54	166,1	21,54	-	169,4	21,54	172,8	21,54	176,3	21,54	179,8	21,54	13,69
Vitória	235,1	21,7	9,24	21,7	9,24	1,15	24,9	10,40	28,2	11,55	32,9	12,70	38,2	15,00	16,44
Rio de Janeiro	2.467,7	427,0	17,30	427,0	17,30	-	435,6	17,30	444,3	17,30	453,2	17,30	462,2	17,30	35,20
São Paulo	5.534,6	1.050,2	18,98	1.050,2	18,98	-	1.071,2	18,98	1.092,6	18,98	1.114,5	18,98	1.136,8	18,98	86,57
Curitiba	637,8	63,5	9,95	63,5	9,95	1,01	71,3	10,96	79,4	11,97	87,9	12,98	103,6	15,00	40,08
Florianópolis	111,9	8,1	7,21	8,1	7,21	1,56	10,0	8,76	12,0	10,32	14,1	11,88	18,2	15,00	10,10
Porto Alegre	519,1	111,8	21,54	111,8	21,54	-	114,0	21,54	118,6	21,54	123,0	21,54	128,2	21,54	9,22
Campo Grande	166,6	24,9	14,96	24,9	14,96	0,01	25,4	14,96	25,9	14,97	26,5	14,98	27,0	15,00	2,13
Cuiabá	108,1	22,9	21,23	22,9	21,23	-	23,4	21,23	23,9	21,23	24,3	21,23	24,8	21,23	1,89
Goiania	339,1	30,5	8,99	30,5	8,99	1,20	35,3	10,19	40,2	11,39	45,3	12,60	55,1	15,00	24,57
TOTAL	14.183,3	2.377,3	16,76	2.386,2	16,82	-	2.473,7	17,10	2.563,7	17,72	2.656,3	18,36	2.793,8	19,31	416,55

Fonte: Balanço dos Municípios das Capitais, Ministério da Saúde e Emenda Constitucional nº 29/2000.

Municípios do Interior

Metodologia

As estimativas de gasto para os municípios do interior exigiram, devido à inexistência de informações para todo o seu universo no estágio atual de montagem/estruturação do banco de dados do SIOPS, os procedimentos destacados a seguir.

ESTIMATIVAS DAS RECEITAS VINCULÁVEIS

Para estimar as receitas vinculáveis, combinaram-se os dados do SIOPS-1998 (1.570 municípios) com os do FINBRA-1997 (5.124 municípios).⁸ Desta combinação de dados, os municípios foram classificados em três grupos (A, B e C), em seis regiões - Norte e Centro-Oeste; Nordeste; Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo; São Paulo; Santa Catarina e Paraná; e Rio Grande do Sul - e em oito faixas de população - até 5 mil habitantes; de 5 a 10 mil; de 10 a 20 mil; de 20 a 50 mil; de 50 a 100 mil; de 100 a 200 mil; de 200 a 400 mil; e mais de 400 mil.

Para os municípios do grupo A (1.570), as informações sobre Receita Vinculável e Despesas com Saúde já se encontravam disponíveis no SIOPS, tendo sido adotados os seguintes procedimentos para o cálculo dessas variáveis para os municípios dos grupos B e C:

- a) para estimar a RV dos municípios do grupo B (3.589), foi calculada a diferença média entre as bases de dados do SIOPS-98 e do FINBRA-97 por estrato⁹ de município, utilizando-se os municípios do grupo A;
- b) em seguida, procedeu-se ao cálculo da razão média, por estrato de municípios, entre a Receita Vinculável das duas bases de dados;
- c) para estimar a RV por município para o grupo B, de forma que os dados sejam comparáveis com os do grupo A, multiplicou-se a RV-FINBRA de cada um dos 3.589 municípios do grupo B por essa razão média das duas bases de dados, por estrato de município;

⁸ Essa divisão corresponde à existência ou não de informações nas bases de dados utilizadas: o grupo A corresponde aos municípios que estão na base de dados do SIOPS-98 (1.570); o grupo B (3.589) corresponde aos municípios que estão apenas na base de dados do FINBRA-97; os municípios do grupo C (320) não estão em nenhuma das duas bases de dados, havendo informações apenas sobre a população residente segundo o IBGE.

⁹ São 48 estratos, correspondentes a seis faixas de região e oito de tamanho da população.

d) para estimar a RV dos municípios do grupo C (320), sobre cujas finanças não existem informações nem no SIOPS, nem no FINBRA -, calculou-se sua RV *per capita*, por estrato, com base nas informações dos grupos A e B, dividindo-se a RV total por faixa pela população total. Os valores obtidos, por estrato, foram multiplicados pela população dos municípios do grupo D.

Com esses procedimentos, estimou-se a RV dos municípios em 1998 no valor de R\$ 32,8 bilhões, que, atualizados para R\$ de 2000 pelo índice de variação de preços médios do IPCA/IBGE, equivalem a R\$ 36,8 bilhões.

ESTIMATIVAS DAS DESPESAS COM SAÚDE

A estimativa das Despesas Totais com Saúde foi feita de forma semelhante à das Receitas Vinculáveis, com a diferença de que foram utilizadas apenas seis faixas de tamanho de município, em vez de oito, suprimindo-se as duas últimas e incorporando-as em uma com municípios acima de 100 mil habitantes.¹⁰

Foi calculada a razão média, por estrato, para os 1.570 municípios do grupo A, entre a Despesa Total dos municípios com saúde em 1998 (SIOPS-98) e a Despesa da função 'Saúde e Saneamento' do FINBRA-97, dividindo-se a primeira pela segunda.¹¹

Essa razão média, por estrato, foi multiplicada pelas despesas dos 3.321 municípios que constam da base de dados do FINBRA-97 (grupo B) e para os quais essa informação está disponível.

Para calcular as Despesas Totais dos municípios para os quais não havia informações (570), multiplicou-se o gasto *per capita* dos municípios SIOPS-98 (grupo A) pela população desses municípios.

Realizada a estimativa da Despesa Total com Saúde dos municípios para os quais não existiam dados no SIOPS-98, foram descontadas as transferências da União para a saúde, com base em informações do DATASUS, disponíveis por município, chegando-se a um valor estimado para as DP municipais.

A esses municípios, foram incorporados mais 275 que responderam ao SIOPS-98 entre dezembro de 2000 e abril de 2001, substituindo-se os valores estimados para esses municípios pelos dados informados através do sistema.

¹⁰ Esse procedimento se mostrou necessário em função das limitações do tamanho da amostra.

¹¹ Optou-se por excluir as razões dos municípios que se situavam abaixo do 5º percentil e acima do 95º percentil para excluir as maiores distorções.

Com esses procedimentos, estimou-se a DP dos municípios em 1998¹² no valor de R\$ 5,11 bilhões, que, atualizados para R\$ de 2000 pelo índice de variação de preços médios do IPCA/IBGE, equivalem a R\$ 5,73 bilhões.

Resultados dos Municípios do Interior

Os dados contidos na Tabela 9 sobre as estimativas do impacto da EC nº 29 na despesa municipal com saúde consideram as hipóteses de crescimento nulo e de 2% a.a. para as Receitas Vinculáveis dessas unidades a partir de 2000.

Tabela 9 – Estimativa de impacto da EC nº 29/2000 na despesa própria dos municípios do interior (em R\$ de 2000)

Em R\$ milhões de 2000 corrigidos pelo índice de variação dos preços médios do IPCA/IBGE						
Ano	Cenário sem Crescimento da Receita Vinculável			Cenário com Crescimento da Receita Vinculável de 2% ao ano a partir de 2000		
	Receita Vinculável	Despesa Própria com Saúde	DP/RV (%)	Receita Vinculável	Despesa Própria com Saúde	DP/RV (%)
1998	36.797	5.735	15,6	36.797	5.735	15,6
2000	36.797	6.091	16,6	36.797	6.091	16,6
2001	36.797	6.276	17,1	37.533	6.401	17,1
2002	36.797	6.460	17,6	38.283	6.721	17,6
2003	36.797	6.645	18,1	39.049	7.052	18,1
2004	36.797	7.014	19,1	39.830	7.593	19,1
Variação no período	R\$ 0	1.280		3.033	1.858	
	% -	22,3	22,3	8,2	32,4	22,3

Fonte: FINBRA-1997, SIOPS/1998, Ministério da Saúde, Emenda Constitucional nº 29/2000.

12 Esse cálculo foi feito também por meio da multiplicação das DP *per capita* médias, por estrato, pela população dos municípios que ainda não haviam respondido ao SIOPS/98 até dezembro de 2000. O resultados encontrados foram muito semelhantes, com diferença de apenas 0,35% em relação a esse cálculo.

A análise da Tabela 9 permite extrair as seguintes conclusões a respeito da contribuição adicional que os municípios poderão oferecer para o fortalecimento do financiamento da saúde no período 2000-2004:

- os municípios, em conjunto, já registravam em 1998 uma relação Despesas com Saúde/Receita Vinculável (15,6%), na média, superior à estabelecida na EC nº 29 (15%), sugerindo que os ganhos adicionais por eles gerados não deveriam ser tão expressivos para ampliar, de forma significativa, o financiamento desses serviços. Tal comportamento também foi observado nos municípios das capitais;
- observa-se, entretanto, um crescimento estimado em 22,3% no período, de R\$ 5,73 bilhões em 1998 para R\$ 7,01 bilhões em 2004, com um ganho líquido de R\$ 1,28 bilhão, explicado exclusivamente pelo 'efeito-EC', ou seja, considerando-se um cenário sem crescimento da Receita Vinculável;
- no cenário de crescimento de 2% a.a. da RV, esse crescimento seria de 32,4%, incorporando-se, portanto, o 'efeito-base', com as despesas com saúde aumentando dos mesmos R\$ 5,73 bilhões em 1998 para R\$ 7,59 bilhões em 2004 – ganho líquido de R\$ 1,86 bilhão.

Resultado Conjunto dos Municípios das Capitais e do Interior

A Tabela 10 apresenta um resumo dos impactos estimados dos efeitos da EC nº 29 sobre os gastos dos municípios com a saúde no período 2000-2004, considerando o 'efeito-EC' e o 'efeito-base'.

Tabela 10 – Impactos da EC nº 29 sobre os gastos municipais acumulados com a saúde em 2004 em relação a 1998 (em R\$ milhões de 2000)

Grupos Municípios	Efeitos		TOTAL
	EC	Base	
Capitais	203,8	212,8	416,5
Interior	1.279,6	578,2	1.857,8
TOTAL	1.483,4	791,0	2.274,3

Fonte: Tabelas 7, 8 e 9.

Como se percebe, os ganhos adicionais acumulados nesse período, resultantes desses 'efeitos', em conjunto, atingem R\$ 2.274,3 milhões, que se distribuem entre o 'efeito-EC', responsável por 65,2% do aumento verificado, e o 'efeito-base', cuja contribuição relativa é de 34,8%.

Entre os grupos de municípios, capitais e interior, os primeiros respondem por 18,3% dos ganhos líquidos totais, enquanto os do interior participam com 81,7% do aumento estimado. Como as despesas dos municípios de capitais representa, em 1998, cerca de 30% do gasto total dos municípios, pode-se concluir que se espera maior impacto da EC nº 29 sobre esses últimos, que pode ser explicado pela enorme disparidade existente entre as despesas próprias dos municípios do interior.

ESTIMATIVAS DO GASTO COM SAÚDE CONSOLIDADO PARA OS TRÊS NÍVEIS DE GOVERNO COM A APLICAÇÃO DA EC Nº 29/2000

A Tabela 11 (a seguir) apresenta uma síntese dos ganhos que se estima obter com a aplicação da EC nº 29 nos três níveis de governo para fortalecer o financiamento da saúde no Brasil. Antes de comentá-la, alguns esclarecimentos são necessários sobre a escolha das hipóteses que foram adotadas para essa estimativa.

Optou-se por considerar um cenário de crescimento do PIB de 2% a.a. para o período 2001-2004, devido às incertezas reinantes nos cenários interno e externo no tocante aos rumos que a economia brasileira poderá tomar. De igual forma, com base nessas projeções, considerou-se, porque crível, a expansão também de 2% a.a. da Receita Vinculável dos estados e municípios no mesmo período.

De acordo com essas hipóteses, os resultados apresentados podem revelar-se mais favoráveis caso se consiga superar/corriger os constrangimentos da economia brasileira e esta ingresse numa trajetória de crescimento mais elevado, assentada em bases mais sustentáveis e em fundamentos mais confiáveis, o que aumentaria a importância do chamado 'efeito-base'.

Além disso, excluiu-se da base de gastos com a saúde os dispêndios efetuados com os grupos de Inativos/Pensionistas, além do Serviço da Dívida, uma vez que estes não se encontram diretamente relacionados à oferta de 'Ações e Serviços de Saúde' prestados à sociedade por essa esfera.

Saliente-se que também não se separou, nessa estimativa final, o 'efeito-EC' do 'efeito-base', mesmo porque, como já observado, o primeiro afeta o segundo pela elevação dos percentuais de comprometimento da receita com as despesas em saúde, que incidirão em bases ampliadas.

Tabela 11 – Estimativa de impacto da EC nº 29 sobre os gastos com saúde nas três esferas de governo – 1998 a 2004 (em R\$ de 2000).
Exclui gastos com inativos e serviço da dívida

Em R\$ bilhões de 2000 corrigidos pelo índice de variação dos preços médios do IPCA/IBGE

Nível de Governo	1998		2000		2004 - Cenário A		2004 - Cenário B		
	Gasto em Saúde	%	% do PIB	Gasto em Saúde	%	% do PIB	Gasto em Saúde	%	% do PIB
Governo Federal	17,1	55,3%	1,69%	20,4	58,2%	1,92%	24,2	56,9%	2,11%
Governos Estaduais	5,7	18,4%	0,56%	6,1	17,6%	0,58%	8,7	20,5%	0,76%
Governos Municipais	8,1	26,2%	0,80%	8,5	24,2%	0,80%	9,6	22,6%	0,84%
Capitais	2,4	7,7%	0,24%	2,4	6,8%	0,23%	2,6	6,1%	0,22%
Outros Municípios	5,7	18,5%	0,57%	6,1	17,4%	0,57%	7,0	16,5%	0,61%
Total	30,9	100,0%	3,06%	35,0	100,0%	3,30%	42,5	100,0%	3,70%
							44,0	100,0%	3,84%

Hipóteses:

- 1) Cenário A - Sem crescimento da Receita Vinculável para Estados e Municípios.
- 2) Cenário B - Com crescimento da Receita Vinculável para Estados e Municípios de 2% ao ano.
- 3) Estimativas de crescimento do PIB de 2% ao ano entre 2001 e 2004.
- 4) O gasto federal exclui dos valores empenhados os gastos com inativos e com o pagamento do serviço da dívida.

Feitas essas observações, as seguintes conclusões podem ser extraídas da análise dos resultados constantes da Tabela 11:

- estima-se um crescimento apreciável dos recursos destinados ao financiamento da saúde pelos três níveis de governo, da ordem de 42,3% em termos reais, aumento de R\$ 30,9 bilhões para R\$ 44,0 bilhões entre 1998 e 2004, ou de 25,3% em percentual do PIB;
- os governos estaduais figuram nesse quadro como as esferas das quais maior esforço será exigido para atingir os percentuais estabelecidos na EC n° 29, já que deverão ampliar, também em termos reais, 65,7% dos recursos que destinaram à saúde em 1998, ou 45,9% em termos de % do PIB. Isso se explica pelos níveis mais reduzidos de gastos que atualmente realizam nessa área comparativamente aos demais entes federados;
- entre os municípios, para os quais se estima um crescimento real de 28,0% dos gastos de 1998, o maior esforço será exigido dos que se localizam no interior - crescimento real de 32,4%, ou 16,6 em % do PIB - comparativamente aos das capitais - incremento de 17,5%, ou 3,5% em % do PIB -, considerando que estes registraram, também em 1998, relações DS/RV mais elevadas;
- para o governo federal, por sua vez, estima-se uma expansão real de 41,3% (24,4% em % do PIB) dos gastos de 1998; metade desse percentual refere-se ao período 1998-2000, e a outra metade do impacto da EC n° 29 resulta da vinculação das despesas à variação real do PIB a partir de 2000.¹³

As estimativas apresentadas revelam que serão exigidos diferentes graus de esforço por parte de algumas esferas de governo e, também, por parte de alguns entes federados, dadas as grandes diferenças de percentuais de recursos próprios aplicados em saúde. A entrada em vigor da Emenda Constitucional n° 29/2000 possibilita a derrubada progressiva dessa barreira no avanço do processo de democratização do acesso às ações e aos serviços de saúde para a população brasileira.

¹³ Esse crescimento do período 1998-2000 se deve, basicamente, ao fato de se estar retirando, do total empenhado pelo Ministério da Saúde, os gastos com inativos e, principalmente, com dívidas, cujos valores em 1998 chegaram a mais de R\$ 2,33 bilhões e se reduziram a R\$ 155 milhões em 1999.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- OLIVEIRA, F. A. de. Notas sobre os gastos dos governos estaduais e municipais com a saúde. Brasília: CEPAL/IPEA, dez. 1998. (Mimeo.)
- OLIVEIRA, F. A. de. Evolução, determinantes e dinâmica do gasto social no Brasil: 1980/1996. Brasília: Ipea, Texto para discussão nº 649, jun. de 1999.
- SERRA, J. Saúde: a vinculação necessária. *Folha de S. Paulo*, 9/7/2000. Tendências /Debates.



GESTÃO E GERENCIAMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

Carlos Alberto Pereira Gomes, Jarbas Tomazoli Nunes,

Luiz Antônio Marinho Pereira & Ricardo Antonio Barcelos

APRESENTAÇÃO

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei nº 8.080/90, trouxe para os serviços de saúde profundas transformações, ao definir a universalização do acesso, a equidade na prestação de serviços e a integralidade das ações, como princípios da atenção à saúde no Brasil. Isto significa dizer que todo cidadão brasileiro, independente de sua condição social, tem direito ao acesso a todos os níveis de atenção à saúde, inclusive aos de Assistência Farmacêutica (Dupim, 1999).

A Assistência Farmacêutica no Brasil, nas últimas décadas, se confundia com a própria existência da Central de Medicamentos (CEME) e as atividades por ela desenvolvidas, num modelo centralizado de gestão, em que o nível central estabelecia as diretrizes e participava decididamente das suas execuções. Os estados e municípios brasileiros eram excluídos praticamente de todo o processo decisório.

Com o SUS e a Lei Orgânica de Saúde, se fazia necessário formular uma nova política nacional de medicamentos, consoante a nova estrutura de saúde estabelecida para o país. Inúmeros outros fatores também corroboraram para isso. A despeito do volume dos serviços prestados pelo sistema de saúde brasileiro, constatava-se que havia parcelas significativas da população desprovidas de qualquer tipo de atenção. Além disso, observava-se que havia uma alteração significativa no perfil epidemiológico de nossa população, coexistindo doenças típicas de países em desenvolvimento com agravos característicos de países desenvolvidos. O combate de doenças como a malária, a cólera e a dengue voltavam a merecer atenção prioritária do governo, ao mesmo tempo que aumentavam as doenças crônico-degenerativas e o número de pessoas portadoras de doenças sexualmente transmissíveis, entre elas a AIDS.

Outro fator de destaque dizia respeito às doenças que atualmente acometem as pessoas com mais de 60 anos, consideradas idosas. O envelhecimento populacional

gerou novas demandas por medicamentos, em especial aqueles de uso contínuo, para tratamento das patologias afins desse grupo. Somado a isto, constatava-se um aumento considerável da demanda de medicamentos, também pelo fato de, por causa de ações pontuais de governo, ter havido um aumento da população como um todo, em face da crescente redução dos indicadores de morbi-mortalidade.

Fatores conjunturais como a desarticulação da Assistência Farmacêutica no âmbito dos serviços de saúde e a necessidade de reorganizá-la, bem como a falta de uma relação de medicamentos essenciais padronizada, atualizada, que refletisse a real necessidade da população, somados a uma irregularidade no abastecimento de medicamentos no nível ambulatorial, contribuíram decididamente para a urgência na elaboração de uma nova Política Nacional de Medicamentos (PNM) para o Brasil.

Cabe aqui destacar, também, fatores que promoviam um aumento considerável na demanda por medicamentos, em face de uma cultura presente em nossa sociedade, no tocante ao processo de automedicação e ao uso irracional de medicamentos.

Fatores voltados para a situação do comércio farmacêutico no país também foram decisivos. Havia um número expressivo de farmácias comerciais (superior a 50.000) e um consumo significativo de medicamentos que faziam do mercado brasileiro um dos cinco maiores do mundo. Daí a necessidade de se garantir a qualidade dos medicamentos comercializados.

E assim, em 1998, depois de amplo debate para a sua elaboração, com a participação de toda a sociedade envolvida com o tema medicamentos, o Ministério da Saúde aprovou a PNM. Esta política fortalece os princípios e as diretrizes constitucionais e legalmente estabelecidos, explicitando, além das diretrizes básicas, as prioridades a serem conferidas na sua implementação e as responsabilidades dos gestores do SUS na sua efetivação.

A PNM do Brasil, aprovada com a edição da Portaria GM nº 3.916, de 30/10/98, tornou-se, então, parte essencial da Política Nacional de Saúde, constituindo-se em um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população.

PROPÓSITO E OBJETIVOS

A Política Nacional de Medicamentos possui propósito precípua, o de garantir as necessárias segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a

promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

Para se compreender o que tal propósito realmente significa, é necessário saber o que são medicamentos essenciais e o que é promover o uso racional dos mesmos.

No sentido de proporcionar maior equidade no acesso a medicamentos eficazes, seguros e voltados para atender às principais necessidades da população, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem recomendado a adoção de políticas nacionais de medicamentos baseadas no conceito de medicamentos essenciais. Esse conceito foi incorporado formalmente pela OMS em 1975, a partir da 28ª Assembléia Mundial da Saúde, devendo ser compreendido de maneira flexível e adaptado às realidades nacionais. Medicamentos essenciais são aqueles de “máxima importância, básicos e indispensáveis para atender às necessidades de saúde da população, os quais devem estar acessíveis em todos os momentos, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade” (OMS, 1975).

Por uso racional de medicamentos entende-se o processo que compreende a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, a dispensação em condições adequadas, bem como o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade.

Como objetivos, a PNM visa a concretizar as metas estabelecidas no plano de governo, integrando os esforços voltados à consolidação do SUS e contribuindo para o desenvolvimento social do país.

Para o alcance destes objetivos, o documento inclui “diretrizes e prioridades relacionadas à legislação – incluindo a regulamentação –, inspeção, controle e garantia da qualidade, seleção, aquisição e distribuição, uso racional de medicamentos, desenvolvimento de recursos humanos e desenvolvimento científico e tecnológico” (Brasil, 1999).

O processo de implementação da PNM ora em curso vem exigindo a definição de planos, programas e atividades específicas nas esferas federal, estadual e municipal. Como exemplos, no nível federal, a aprovação da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), após 16 anos, com a edição da Portaria GM nº 507/99, de 19/5/99. Para as esferas estadual e municipal, a implementação e operacionalização da Portaria GM nº 176/99, de 8/3/99, que instituiu o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, em conformidade com uma nova lógica de gestão e um novo modelo descentralizado.

FUNDAMENTOS/DIRETRIZES

A Política Nacional de Medicamentos do Brasil estabeleceu diretrizes norteadoras de todas as ações nas três esferas de governo, aos gestores do SUS, atuando em estreita parceria, objetivando assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível.

Apresentamos a seguir as diretrizes estabelecidas na PNM e um breve resumo do que elas significam.

- **Adoção de Relação de Medicamentos Essenciais** – esta relação deve ser a base para a elaboração das relações estaduais e municipais de medicamentos, tornando possível o processo de descentralização, além de orientar e direcionar a produção farmacêutica e o desenvolvimento científico e tecnológico no país. Há que se ressaltar que a adoção de tal lista, como instrumento isolado, não é suficiente para garantir o êxito desta política, portanto, outras ações também se fazem necessárias. No entanto, constitui um primeiro passo, imprescindível para a construção da Política Nacional de Medicamentos. A relação inclui um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no país.
- **Regulamentação Sanitária de Medicamentos** – a partir de um movimento voltado ao processo de descentralização das ações de vigilância sanitária, em conformidade com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, novos procedimentos e normas serão elaborados com a efetiva participação de grupos assessores e comissões técnicas. Ênfase à promoção do uso de medicamentos genéricos havia sido dada, tendo como consequência a aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos, hoje uma realidade no país. No sentido de garantir a qualidade dos medicamentos e a eliminação daqueles considerados inadequados, estão sendo enfatizadas a importância das questões relativas ao registro de medicamentos e à autorização para o funcionamento de empresas produtoras, bem como a importância da implementação da farmacovigilância.
- **Reorientação da Assistência Farmacêutica** – de acordo com a PNM, o conceito de assistência farmacêutica pode ser assim expresso: “grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde, demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a

obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos” (Brasil, 1999).

Mais à frente detalharemos esta diretriz, constatando-se que o modelo de assistência farmacêutica está sendo reorientado de modo a que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos. Conforme estabelecido na PNM, “as ações incluídas nesse campo da assistência terão por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais” (Brasil, 1999).

- **Promoção do Uso Racional de Medicamentos** – além de envolver a produção, a comercialização, a prescrição e o uso dos medicamentos genéricos, mediante ação intersetorial, esta diretriz leva em conta outros aspectos importantes, tais como: a informação relativa às repercussões sociais e econômicas do receituário médico; a ênfase no processo educativo dos usuários e consumidores acerca dos riscos da automedicação ou da troca e interrupção da medicação prescrita, adequação dos currículos dos cursos de formação dos profissionais de saúde e uma nova regulamentação da propaganda de produtos farmacêuticos, tanto para os profissionais médicos, como, em especial, a que se destina ao comércio farmacêutico e à população leiga.
- **Desenvolvimento Científico e Tecnológico** – além de estimular medidas de apoio ao desenvolvimento da produção de fármacos, em especial aqueles constantes da RENAME, a PNM incentiva a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica e favorece a dinamização de pesquisas nesta área, promovendo a integração entre universidades, instituições de pesquisa e empresas do setor produtivo. Enfatiza, também, a importância da fauna e flora nacionais. Além disto, objetiva implementar mecanismos que viabilizem a formação e a capacitação dos profissionais quanto ao desenvolvimento científico e tecnológico.
- **Promoção da Produção de Medicamentos** – enfatiza-se nesta diretriz a importância dos laboratórios oficiais brasileiros na produção estratégica dos medicamentos considerados essenciais, atuando, também, no processo de monitoramento dos preços dos medicamentos no mercado nacional e na eliminação da dependência do processo de produção desses medicamentos, a partir da modernização dos seus sistemas de produção, aumentando os níveis de eficiência e competitividade. Os medicamentos da RENAME deverão ser produzidos pelos diferentes segmentos industriais (oficial, privado nacional e transnacional), articulados entre si.

- **Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos** - Destaca-se aqui, a importância do cumprimento da regulamentação sanitária, em especial, pelas empresas produtoras de medicamentos e farmacêuticos, com fortalecimento e apoio às ações de inspeção e fiscalização pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Importância se dá à reestruturação, à unificação e ao reconhecimento nacional e internacional da Rede Brasileira de Laboratórios Analítico-Certificadores em Saúde (REBLAS), no âmbito do Sistema Brasileiro de Certificação. Avanços consideráveis foram alcançados no tocante a esta diretriz, não só com a criação e o bom funcionamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), mas também com a definição de novos regulamentos no setor farmacêutico e a criação dos Centros Nacionais de Bioequivalência.
- **Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos** - esta diretriz configura-se, talvez, a mais importante, pois, sem ela, o processo de operacionalização da PNM fica comprometido. Em quase todas as diretrizes apresentadas, como também nas prioridades contidas no documento, enfatiza-se a importância dos recursos humanos. O desenvolvimento e a capacitação do pessoal envolvido nos diferentes planos, programas e atividades que operacionalizam a PNM configuram mecanismos privilegiados de articulação intersetorial. Nesta diretriz, estabelecia-se que as ações de vigilância sanitária receberiam enfoque particular, em face da carência de pessoal capacitado na área. Hoje pode-se constatar o enorme esforço da ANVISA em capacitar profissionais de saúde para o setor, estando inclusive criando novos postos de trabalho, em especial no tocante aos procedimentos nas áreas de inspeção e fiscalização.

RESPONSABILIDADES, COMPETÊNCIAS, HIERARQUIZAÇÃO E FINANCIAMENTO NAS TRÊS INSTÂNCIAS GOVERNAMENTAIS

Os gestores, em total cumprimento aos princípios do SUS, estão atuando no sentido de viabilizar e concretizar o propósito da Política Nacional de Medicamentos. Cabe, no tocante ao processo contínuo e dinâmico da implementação da Política, uma atuação que transcenda os limites do setor saúde. Deve-se manter uma articulação intersetorial com as demais áreas envolvidas na questão dos medicamentos.

Cabe aqui transcrever os trechos da Política em que se estabelecem as responsabilidades previstas para os três gestores (Brasil, 1999).

Gestor Federal

- a) prestar cooperação técnica e financeira às demais instâncias do SUS no desenvolvimento das atividades relativas à Política Nacional de Medicamentos;
- b) estabelecer normas e promover a assistência farmacêutica nas três esferas de governo;
- c) apoiar a organização de consórcios destinados à prestação da assistência farmacêutica ou estimular a inclusão desse tipo de assistência como objeto de consórcios de saúde;
- d) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;
- e) incentivar a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica;
- f) promover a dinamização de pesquisas na área farmacêutica, em especial aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico;
- g) promover a disseminação de experiências e de informações técnico-científicas;
- h) implementar programa específico de capacitação de recursos humanos voltados para o desenvolvimento desta Política;
- i) coordenar e monitorar os sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;
- j) promover a reestruturação da Secretaria de Vigilância Sanitária, dotando-a das condições necessárias ao cumprimento das responsabilidades do gestor federal, especialmente no tocante à garantia da segurança e qualidade dos medicamentos;
- k) promover a sistematização do arcabouço legal da vigilância sanitária, adequando-o aos princípios e diretrizes do SUS e ao atual momento da descentralização da gestão;
- l) promover a atualização da legislação de vigilância sanitária;
- m) implementar atividades de controle da qualidade de medicamentos;
- n) promover a revisão periódica e a atualização contínua da RENAME e a sua divulgação, inclusive via Internet;

- o) promover a elaboração, a divulgação e a utilização do Formulário Terapêutico Nacional;
- p) promover a atualização permanente da Farmacopéia Brasileira;
- q) acompanhar e divulgar o preço dos medicamentos, em especial daqueles constantes da Rede Nacional de Medicamentos;
- r) destinar recursos para a aquisição de medicamentos, mediante o repasse Fundo-a-Fundo para estados e municípios, definindo, para tanto, critérios básicos para o mesmo;
- s) criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde;
- t) promover a revisão, atualização e ajuste diferenciado do grupo de medicamentos incluídos na composição dos custos dos procedimentos relativos à assistência hospitalar e ambulatorial faturados segundo tabela;
- u) adquirir e distribuir produtos em situações especiais, identificadas por ocasião das programações tendo por base critérios técnicos e administrativos;
- v) orientar e assessorar os estados e municípios em seus processos de aquisição de medicamentos essenciais, contribuindo para que esta aquisição esteja consoante a realidade epidemiológica e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo;
- x) orientar e assessorar os estados e os municípios em seus processos relativos à dispensação de medicamentos.

Gestor Estadual

- a) coordenar o processo de articulação intersetorial no seu âmbito, tendo em vista a implementação desta Política;
- b) promover a formulação da política estadual de medicamentos;
- c) prestar cooperação técnica e financeira aos municípios no desenvolvimento das suas atividades e ações relativas à assistência farmacêutica;
- d) coordenar e executar a assistência farmacêutica no seu âmbito;
- e) apoiar a organização de consórcios intermunicipais de saúde destinados à prestação da assistência farmacêutica ou estimular a inclusão desse tipo de assistência como objeto de consórcios de saúde;

- f) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;
- g) assegurar a adequada dispensação dos medicamentos, promovendo o treinamento dos recursos humanos e a aplicação das normas pertinentes;
- h) participar da promoção de pesquisas na área farmacêutica, em especial aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico, bem como do incentivo à revisão das tecnologias de formulação farmacêuticas;
- i) investir no desenvolvimento de recursos humanos para a gestão da assistência farmacêutica;
- j) coordenar e monitorar o componente estadual de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;
- k) implementar as ações de vigilância sanitária sob a sua responsabilidade;
- l) definir a relação estadual de medicamentos, com base na Rede Nacional de Medicamentos, e em conformidade com o perfil epidemiológico do estado;
- m) definir elenco de medicamentos que serão adquiridos diretamente pelo estado, inclusive os de dispensação em caráter excepcional, tendo por base critérios técnicos e administrativos, destinando orçamento adequado à sua aquisição;
- n) utilizar, prioritariamente, a capacidade instalada dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do estado;
- o) investir em infra-estrutura das centrais farmacêuticas, visando garantir a qualidade dos produtos até a sua distribuição;
- p) receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda;
- q) orientar e assessorar os municípios em seus processos de aquisição de medicamentos essenciais, contribuindo para que esta aquisição esteja consoante a realidade epidemiológica e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo;
- r) coordenar o processo de aquisição de medicamentos pelos municípios, visando assegurar o contido no item anterior e, prioritariamente, que seja utilizada a capacidade instalada dos laboratórios oficiais. (Brasil,1999)

Gestor Municipal

- a) coordenar e executar a assistência farmacêutica no seu respectivo âmbito;
- b) associar-se a outros municípios, por intermédio da organização de consórcios, tendo em vista a execução da assistência farmacêutica;
- c) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;
- d) treinar e capacitar os recursos humanos para o cumprimento das responsabilidades do município no que se refere a esta Política;
- e) coordenar e monitorar o componente municipal de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;
- f) implementar as ações de vigilância sanitária sob sua responsabilidade;
- g) assegurar a dispensação adequada dos medicamentos;
- h) definir a relação municipal de medicamentos essenciais, com base na Rede Nacional de Medicamentos, a partir das necessidades decorrentes do perfil nosológico da população;
- i) assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população, integrando sua programação à do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna;
- j) adquirir, além dos produtos destinados à atenção básica, outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde como responsabilidade concorrente do município;
- k) utilizar, prioritariamente, a capacidade dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do município;
- l) investir na infra-estrutura de centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde, visando assegurar a qualidade dos medicamentos;
- m) receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda. (Brasil, 1999)

REORIENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Relataremos aqui, com mais detalhes, o grande desafio que se apresenta aos gestores do SUS, que é o processo de implementação de um novo modelo de gestão da Assistência Farmacêutica, em uma nova lógica de atuação.

O processo de descentralização da saúde, alinhado com os princípios e diretrizes do SUS, vem, gradativamente, transferindo responsabilidades aos gestores estaduais e municipais. Assim, a Portaria Ministerial nº 3.916 de 30 de outubro de 1998, que aprova a Política Nacional de Medicamentos, consolida esforços e promove avanços consideráveis nesta área, ao definir responsabilidades para os gestores nas esferas de governo. Além disto, são estabelecidas diretrizes e prioridades que configuram as bases para a implementação das ações indispensáveis ao efetivo cumprimento desta Política.

Conforme já citado, a PNM tem como propósito garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais, com a necessária segurança, eficácia e qualidade, promovendo o seu uso racional. Esse objetivo parte do princípio da necessidade de construir uma gestão na qual o medicamento constitua o objeto de relevância na promoção da melhoria das condições da saúde e de vida da população.

Entretanto, ela exige para sua implementação, a definição ou redefinição de planos, programas e atividades específicas, naquilo que compete a cada esfera do governo.

O processo de reorientação da Assistência Farmacêutica, ora em curso no país, no âmbito do SUS, está fundamentada:

- na descentralização da gestão;
- na promoção do uso racional de medicamentos;
- na otimização e na eficácia das atividades envolvidas na Assistência Farmacêutica;
- no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução de preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos mesmos no âmbito do setor privado. (Brasil, 1999)

A Assistência Farmacêutica não deve se limitar na prática até então adotada de mera aquisição e distribuição de medicamentos. As ações no campo da assistência terão por objetivo implementar todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos, com atenção especial à promoção do uso racional.

A partir de 1999, o Ministério da Saúde, cumprindo a prioridade de implementar a política de descentralização do setor saúde, em consonância com uma das diretrizes da PNM (Reorientação da Assistência Farmacêutica) e a deliberação da Comissão Intergestores Tripartite, estabeleceu o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, com a edição da Portaria GM nº 176/99, de 11/3/99. O Incentivo criado está sendo financiado pelos três gestores, e a transferência dos recursos federais está condicionada à contrapartida dos estados, dos municípios e do Distrito Federal.

Os recursos federais aos estados e municípios qualificados são repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos respectivos fundos estaduais e municipais de Saúde, em parcelas mensais correspondentes a 1/12 do valor estabelecido, na proporção do número de habitantes dos municípios.

A partir do segundo trimestre de 1999, iniciou-se o processo de qualificação dos estados e municípios ao recebimento do Incentivo, iniciando-se os repasses no mês de abril. Nesse primeiro ano de vigência do Incentivo, deu-se ênfase à sua implantação.

Doze meses depois, constatou-se a adesão quase que total ao Incentivo (98,8%). Foram qualificados os 27 estados e 5.442 municípios até a presente data, restando apenas a adesão de 65 municípios.

Os objetivos principais da implementação do Incentivo, baseado na descentralização da gestão, é a busca da otimização e eficácia do sistema de distribuição de medicamentos no setor público, com base em uma seleção de medicamentos consoante a realidade nosológica de cada estado e de seus municípios, e a melhoria do acesso ao medicamento essencial por parte da população que utiliza os serviços de saúde do SUS.

Seguindo a lógica desse novo modelo de gestão, recursos financeiros federais, num total de R\$ 22.177.550,40, estão sendo complementados, a partir da edição da Portaria GM nº 1.077/99, de 24/8/99, que implantou o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental. O Programa tem como objetivo principal o estabelecimento de um programa contínuo, seguro e dinâmico, como parte integrante e complementar ao tratamento daqueles pacientes que necessitam de medicamentos para o controle dos transtornos mentais.

No tocante ao processo de avaliação da execução do Incentivo, o ano de 2000 foi dedicado ao aperfeiçoamento do novo modelo de gestão, com um processo de avaliação que se iniciou a partir do mês de maio.

A avaliação foi efetuada com base na aplicação de um instrumento de avaliação previamente validado. Foram verificados a aplicação dos planos

estaduais de assistência farmacêutica, o gerenciamento da assistência e a aplicação dos recursos financeiros repassados pelo gestor federal.

A estratégia para o ano de 2001 consiste na avaliação de municípios, tendo sido estabelecida uma amostragem de 386 municípios de todos os estados brasileiros mais o conjunto das 27 capitais.

Para o biênio 2001/2, a Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica, a partir da identificação das atividades prioritárias no processo de reorientação da Assistência Farmacêutica em curso, propõe um plano de ações com projetos específicos que atenderão às demandas quanto à garantia do acesso a medicamentos, a promoção do uso racional, o desenvolvimento de recursos humanos e educação em saúde, dentre outras. Todos estes projetos contarão com parceiros dentro do próprio Ministério (Secretaria Executiva, Secretaria de Assistência à Saúde - SAS - , DATASUS etc.) e também com parceiros externos (CONASS, CONASEMS, FIOCRUZ, OPAS, Conselhos de classe etc.).

Necessidades Prioritárias no Processo de Reorientação da Assistência Farmacêutica

- desenvolver as atividades que ampliem o acesso da população aos medicamentos básicos;
- priorizar a atividade de programação, buscando a melhor utilização dos recursos financeiros nos programas da Assistência Farmacêutica Básica (AFB) e nos programas estratégicos;
- desenvolver atividades que assegurem a qualidade dos medicamentos essenciais;
- desenvolver estratégias para a inclusão de medicamentos fitoterápicos na AFB;
- desenvolver atividades de capacitação de recursos humanos e educação em saúde;
- elaborar e disponibilizar recursos instrucionais;
- desenvolver atividades para educação do usuário;
- disponibilizar e agilizar o acesso de informações sobre medicamentos básicos;

- realizar pesquisas/estudos voltadas às necessidades da AFB;
- ampliar a resolutividade das ações de saúde através da inserção da Assistência Farmacêutica Básica no Programa Saúde da Família.

Atividades Fundamentais para o Processo de Implementação da Política Nacional de Medicamentos Desenvolvidas pela Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica

Garantia do Acesso a Medicamentos

a) Seleção de medicamentos

- revisão da RENAME
- revisão e editoração do formulário terapêutico da RENAME
- elaboração de elenco mínimo obrigatório de medicamentos essenciais
- elaboração do memento terapêutico dos medicamentos para atenção
- elaboração do memento terapêutico dos medicamentos para Atenção Básica

b) Programação

- elaboração de normas técnicas para programação de medicamentos no SUS

c) Aquisição

- elaboração de normas técnicas para utilização do Registro Nacional de Preços
- elaboração de manual de especificações técnicas dos medicamentos da RENAME para facilitar a confecção de edital de aquisição

d) Produção

- avaliação da contribuição dos laboratórios oficiais no acesso da rede pública aos medicamentos básicos

e) Armazenamento e distribuição

- elaboração do manual de gerenciamento de estoques de medicamentos, contendo as boas práticas de armazenamento e definição de estruturas mínimas de espaço físico e equipamentos necessários aos diferentes portes.

A Promoção do Uso Racional de Medicamentos

a) Prescrição

- disponibilização e divulgação do Guia Terapêutico para Atenção Básica
- disponibilização e divulgação do Formulário Terapêutico da RENAME
- disponibilização e divulgação do Formulário Terapêutico Nacional
- promoção do uso de medicamentos genéricos na prescrição
- estudo/pesquisa para análise da prescrição visando à identificação de prioridades de intervenção para qualificação desta atividade

b) Dispensação

- desenvolvimento de estratégias para orientação do processo de dispensação de medicamentos
- estudo de utilização de medicamentos na Atenção Básica à saúde
- estudo de utilização da fitoterapia na rede SUS

c) Farmacovigilância

- colaborar na implementação de um sistema nacional de farmacovigilância

O Desenvolvimento de Recursos Humanos e Educação em Saúde

- curso para capacitação dos coordenadores estaduais de Assistência Farmacêutica, da equipe técnica e dos coordenadores de programas estratégicos nos estados (formação de multiplicadores)
- curso para capacitação de prescritores
- elaboração de manual de gerenciamento da Assistência Farmacêutica Básica
- elaboração de cartilha para os agentes comunitários de saúde
- elaboração de material técnico para a promoção do uso racional de medicamentos

Implementação da Assistência Farmacêutica

- inserção de ações da Assistência Farmacêutica nos programas de Agentes Comunitários e Saúde da Família
- elaboração de cartilha de orientação sobre o incentivo da Assistência Farmacêutica Básica, destinada aos conselhos e secretarias de Saúde
- realização de fóruns para discussão de experiências em gestão da Assistência Farmacêutica
- desenvolvimento de estrutura de *site* (Internet) com informações atualizadas e fundamentais para a gestão da Assistência Farmacêutica
- discussão da política de medicamentos fitoterápicos
- acompanhamento do processo de reorientação da Assistência Farmacêutica

O Acompanhamento e a Avaliação

- supervisão e acompanhamento do processo de reorientação da Assistência Farmacêutica nas regiões Norte e Nordeste
- avaliação do Programa de Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental
- acompanhamento e avaliação da programação, armazenamento, prescrição e dispensação dos medicamentos dos programas estratégicos
- acompanhamento e avaliação do incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e do Programa de Saúde Mental

Elaboração de Material Técnico de Referência

- Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)
- Formulário Terapêutico Nacional
- Elenco mínimo obrigatório de medicamentos para Atenção Básica
- Relação Nacional de Medicamentos Essenciais para Atenção Básica
- Guia Terapêutico para Atenção Básica
- Formulário Terapêutico da RENAME

- Cartilha para Conselhos e Secretários de Saúde
- Normas Técnicas para Programação de Medicamentos
- Software de gerenciamento de estoque de medicamentos da RENAME
- Manual de especificações técnicas dos medicamentos da RENAME
- Manual de gerenciamento de estoque
- Manual de orientação para dispensação de medicamentos
- Manual de gerenciamento da Assistência Farmacêutica
- Cartilha para Agentes Comunitários de Saúde
- Relação de fitoterápicos para Assistência Básica em Saúde

Fortalecimento das Parcerias

A Assistência Farmacêutica como uma atividade estratégica na Atenção à Saúde e de ação interdisciplinar e multiprofissional remete ao estabelecimento de parceria com diferentes setores da sociedade tanto interinstitucionais como intrainstitucionais.

DESCENTRALIZAÇÃO DA GESTÃO DE MEDICAMENTOS

O processo de descentralização da gestão da Assistência Farmacêutica, ora em curso no país, não exime os gestores federal e estadual da responsabilidade relativa à aquisição e distribuição de medicamentos em situações especiais.

No âmbito federal ainda continua centralizada a aquisição dos medicamentos dos programas estratégicos, conforme definido na Portaria GM nº176/99, ou seja, os medicamentos para controle e tratamento da hanseníase, tuberculose, os antiretrovirais, a Insulina NPH-100 para os diabéticos, os hemoderivados e aqueles para as doenças endêmicas (leishmaniose, esquistossomose, malária, doença de Chagas, filariose e peste). Também estão sob a responsabilidade federal todas as vacinas pertencentes ao Programa Nacional de Imunização (PNI).

Mantém-se centralizado o processo, em face de três pressupostos básicos de ordem epidemiológica, a saber:

- doenças que configuram problemas de saúde pública, que atingem ou põem em risco as coletividades, e cuja estratégia de controle concentra-se no tratamento de seus portadores;
- doenças consideradas de caráter individual que, a despeito de atingir número reduzido de pessoas, requerem tratamento longo ou até permanente, com o uso de medicamentos de custos elevados;
- doenças cujo tratamento envolve o uso de medicamentos não disponíveis no mercado. (Ministério da Saúde, 1999)

Mesmo com a realidade apresentada, o processo descentralizado caminha a passos largos, constatando-se um elevado valor de recursos financeiros federais sendo descentralizados para estados e municípios, conforme está apresentado a seguir.

Gráfico 1 – Gestão dos recursos pactuados para a assistência farmacêutica básica no período de março/1999 a dezembro/2000

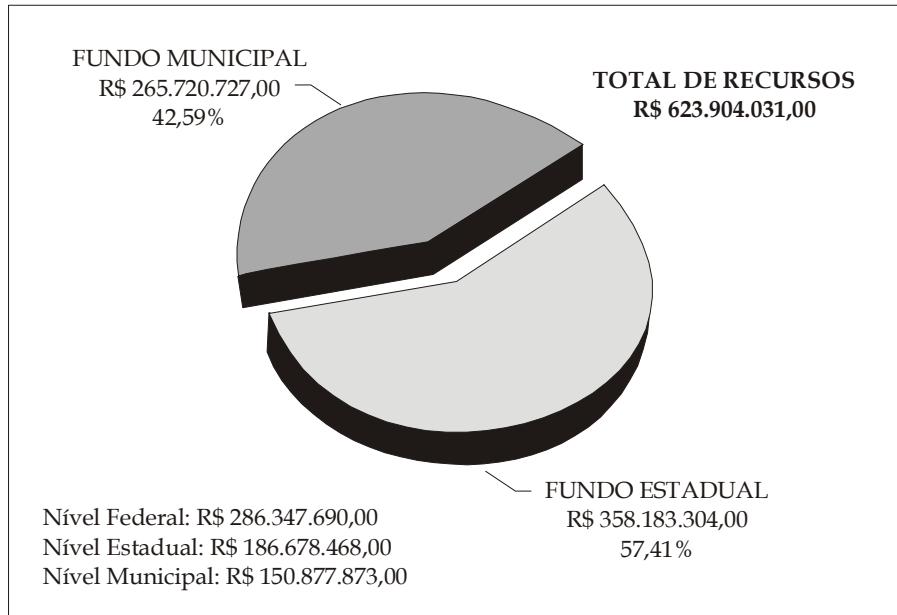


Gráfico 2 – Qualificação ao incentivo e total de recursos repassados pelo nível federal até dezembro de 2000

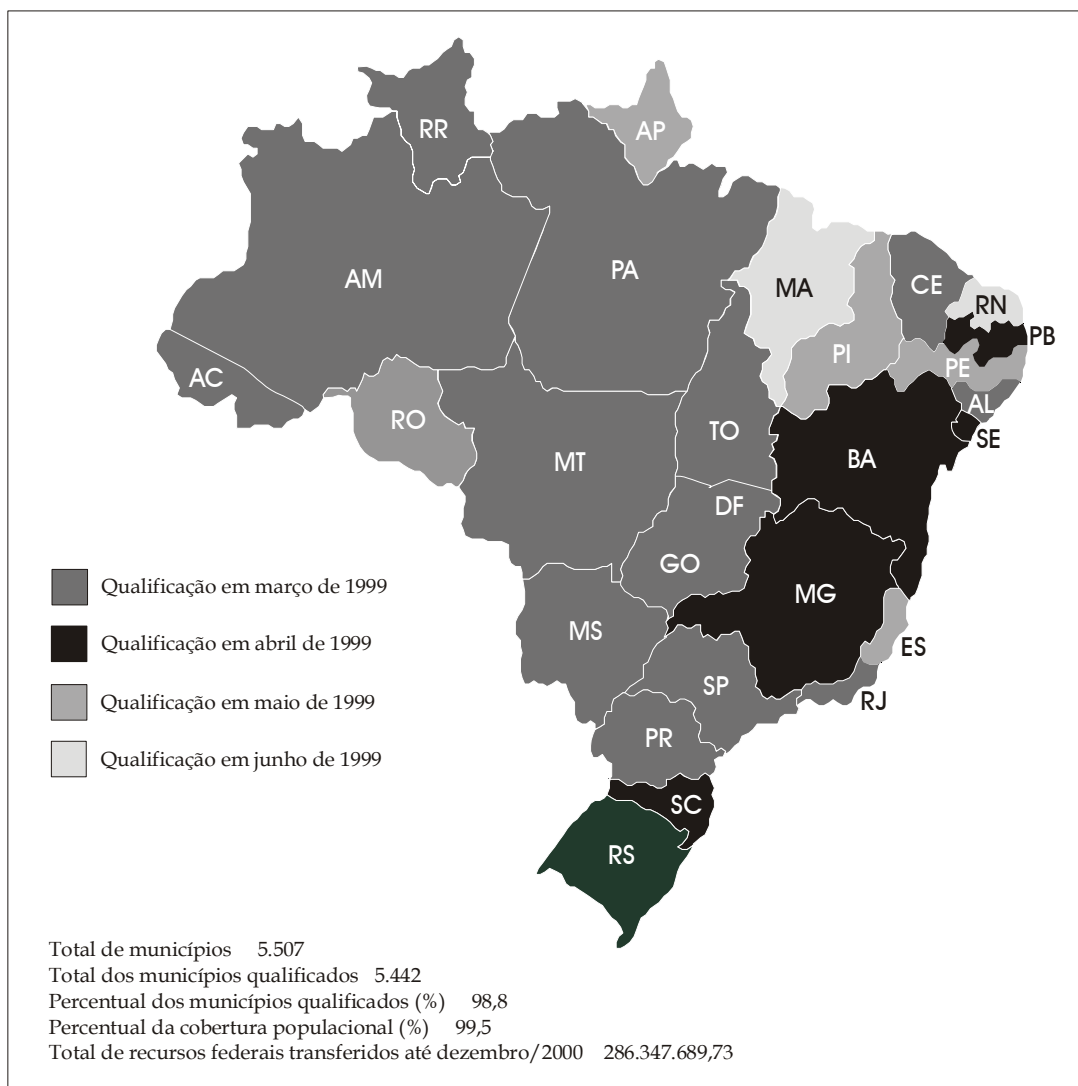
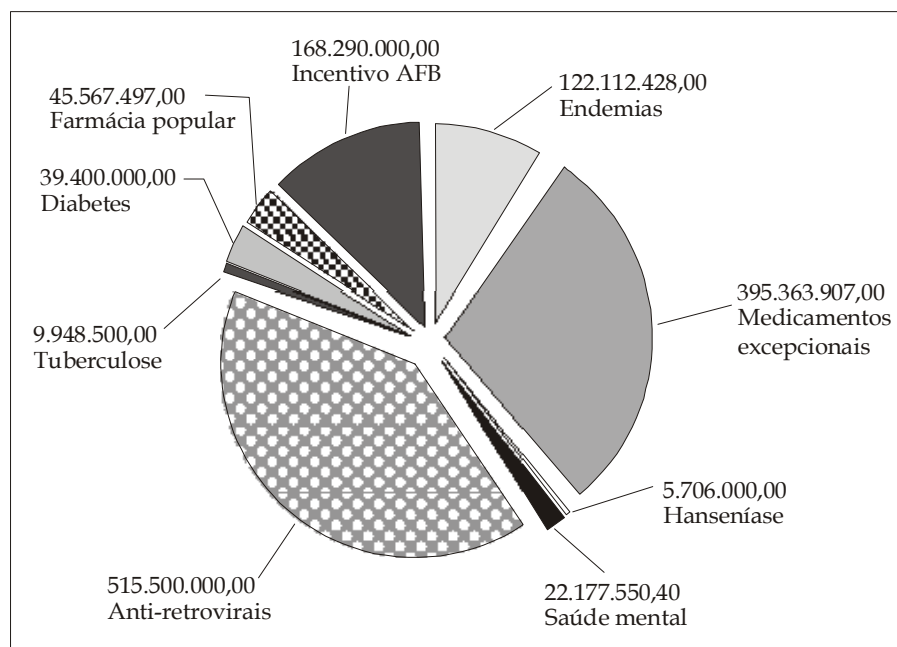


Gráfico 3 – Estimativa financeira para o ano de 2001



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME- 2000/Gerência de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

DUPIM, J. A. A. *Assistência Farmacêutica: um modelo de organização*. Belo Horizonte: SEGRAF.



INFORMAÇÃO EM SAÚDE COMO ELEMENTO ESTRATÉGICO PARA A GESTÃO

Maria Alice Fernandes Branco

INTRODUÇÃO

É cada vez mais expressiva a importância que a informação vem assumindo na sociedade moderna, a tal ponto que já se tornou lugar comum dizer que vivemos na “era da informação”. A cada dia, são introduzidas inovações tecnológicas e metodológicas que repercutem diretamente no conteúdo, no formato e na divulgação da informação produzida nos mais diversos campos do conhecimento humano.

Na área da saúde, é cada vez mais intenso o debate quanto ao papel da informação para o planejamento, execução e avaliação das atividades inerentes ao setor. No Brasil, o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), iniciado em 1988, tem posto o tema em evidência, uma vez que os princípios e a legislação que norteiam o sistema enfatizam a importância das informações e indicadores gerenciais e epidemiológicos para o cumprimento das atribuições federais, estaduais e municipais.

A produção de informações em saúde deve estar orientada de forma a permitir uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. Parte-se do entendimento de que o estado de saúde de uma coletividade é a expressão de uma vasta gama de características e fatores próprios de seu meio econômico, social e ambiental. Isto significa que a informação em saúde deve abranger não apenas os dados produzidos pelo próprio setor, mas também aqueles produzidos por outras esferas de atuação.

CONCEITOS BÁSICOS

O processo de produção de informação é composto por um conjunto de elementos relacionados entre si, dentre os quais figura como componente básico o *dado*. Dado é qualquer elemento quantitativo ou qualitativo, em forma bruta, que por si só não conduz à compreensão de determinado fato ou situação. Para alcançar

a informação é necessário primeiro processar os dados, relacionando os fatos por eles descritos para encontrar-se significado naquilo que se observa e obter-se a informação.

Assim, a *informação* é o dado útil, ou seja, é o produto da análise dos dados obtidos, devidamente registrados, classificados, organizados, relacionados e interpretados dentro de um contexto para transmitir conhecimento, conduzindo à melhor compreensão de fatos e situações. Nesse sentido, a informação:

- não é apropriável, ou seja, aquele que a coloca à disposição dos demais, não a perde nem se priva de sua posse;
- é heterogênea, ou seja, mais informação significa necessariamente novas e diferentes informações e não duplicação de uma mesma informação já existente;
- depende do contexto, já que seu valor está diretamente ligado ao contexto de sua interpretação, uso e disseminação.

O *conhecimento* é construído a partir da acumulação de informações, consolidando-se através de permanente atualização, que confronta antigas e novas informações, adquiridas a todo momento. Assim, o valor da informação está intimamente relacionado à capacidade que a mesma tem de alterar o estado de conhecimento. Esta capacidade depende de diversos fatores, tais como a forma como a informação é expressa, o que poderá torná-la mais ou menos inteligível.

A transformação do dado em informação se dá através de processos de armazenamento, processamento e análise, que podem ser realizados manual ou eletronicamente. A guarda dos dados ou armazenamento obedece a condições econômicas, organizacionais, jurídicas e administrativas. Já o seu processamento envolve as mais diversas operações de cálculo e agrupamento, obtendo-se então a informação, que irá permitir a análise do fato ou situação em foco.

A partir daí é de extrema importância manter o desenvolvimento e a atualização da informação produzida, verificando constantemente se ela se mantém relevante, eficiente, eficaz e satisfazendo aos que dela necessitam.

Para produzir, consolidar e facilitar a análise da informação utiliza-se o *sistema de informação*, entendido como um sistema de pessoas, equipamentos, procedimentos, documentos e comunicações que coleta, valida, transforma, armazena, recupera e apresenta dados, gerando informação para usos diversos. Embora seja possível contar com um sistema de informação eficaz e sem qualquer grau de informatização, a ampla e crescente presença da informática em todos os domínios da vida social tem feito com que o próprio conceito de sistema de

informação encontre-se atrelado à idéia de informatização. Contudo, por si sós, as ferramentas da informática não acarretam melhor qualidade dos dados ou da capacidade de utilizar as informações por eles geradas.

A informação em saúde é aquela produzida com o objetivo de identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para a análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento. Envolve tanto aquelas relativas ao processo saúde/doença, quanto as de caráter administrativo, todas essenciais para a tomada de decisão.

O sistema de informação em saúde, por sua vez, é um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados. O objetivo do Sistema de Informação em Saúde (SIS) deve ser o de informar ao público, a seus representantes políticos, funcionários, administradores, gestores e prestadores de serviço sobre a natureza e amplitude dos problemas de saúde, sobre o impacto de uma ampla gama de influências na saúde individual e coletiva, bem como apoiar os processos de tomada de decisão e de gestão para a resolução desses problemas.

GESTÃO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE EM ÂMBITO MUNICIPAL

As definições legais hoje vigentes no setor saúde determinam a descentralização e a participação popular como diretrizes de atuação político-administrativa que devem ser acatadas pelas três instâncias de governo. Os municípios são reconhecidos como entes governamentais autônomos que devem responsabilizar-se pelo planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços de saúde de sua região. Para tanto, a produção, gerenciamento e divulgação de informação são elementos estratégicos que podem servir tanto para o fortalecimento dos objetivos e ações estatais quanto para a eficácia e oportunidade das ações de controle social.

Dessa forma, o processo de descentralização não deve restringir-se a ações e serviços de saúde, mas contemplar também a descentralização da informação, elemento imprescindível à busca de maior autonomia municipal.

No Brasil, tradicionalmente, a produção e utilização da informação em saúde, dando origem a diagnósticos sobre a situação sanitária de cada município, quase sempre foram realizadas pelos governos federal ou estadual, sem

participação local. As administrações municipais foram-se atrofiando nesta e em outras dimensões de sua capacidade técnica, todas fundamentais como subsídio ao processo de planejamento em saúde. Contudo, a própria Lei Orgânica da Saúde prevê, como competência e atribuição *comuns* à União, estados e municípios, a organização e coordenação do Sistema de Informação em Saúde. Ao município é atribuído, portanto, juridicamente, um papel bem mais amplo do que o de mero coletor de dados. Espera-se que ele seja capaz de produzir, organizar e coordenar a informação em saúde de sua região.

A importância que possuem as esferas locais em relação ao governo central, não se dá apenas porque são elas a fonte da maior parte dos dados, mas pela possibilidade de, então, estabelecerem suas prioridades e alocação de recursos. Mas como a maioria dos sistemas de informação em saúde federais foram concebidos antes da implantação do SUS e sem a participação estadual e municipal, tal concepção, objetivos e metas estavam voltados para outro delineamento político no que diz respeito à atuação das três instâncias governamentais.

É fundamental a existência de sistemas de informação de concepção federal para o adequado acompanhamento, controle, avaliação e produção de conhecimento em nível nacional. Mas esta é a perspectiva de uma esfera de governo com atribuições legais que implicam uma visão de conjunto com abrangência nacional, com o intuito de subsidiar o SUS na formulação da política nacional de saúde. Entretanto, os governos estaduais necessitam de um conhecimento mais detalhado da situação de saúde dos municípios sob sua jurisdição. Como unidades federadas devem acompanhar, avaliar e divulgar indicadores, no âmbito de sua região, que permitam uma análise das condições de saúde com que se defronta a população do estado, coordenando ações e promovendo apoio técnico e financeiro. Os municípios, por sua vez, necessitam de informações que permitam o delineamento da situação sanitária e forneçam subsídios para o melhor desempenho técnico.

Na esfera estadual, é possível dizer que, atualmente, todas as secretarias estaduais de saúde possuem alguma estrutura específica para informação, ainda que nem sempre com o grau de desenvolvimento adequado. E entre os principais problemas que enfrentam para produzir a informação em saúde de sua região, encontram-se: falta ou deficiência de infra-estrutura de informática; insuficiência de recursos humanos qualificados; falta de padronização e normatização dos procedimentos de coleta de dados; falta de hierarquização na produção e uso das informações nos diversos níveis da rede; insuficiente grau de utilização dos dados para análise do sistema e dos serviços de saúde.

Em âmbito local, os problemas são ainda maiores. Há uma heterogeneidade muito mais acentuada quanto à infra-estrutura entre as secretarias municipais

do que entre as estaduais. A maioria dos municípios brasileiros efetua apenas procedimentos de coleta de dados para os sistemas de âmbito federal ou estadual. Em outro extremo, há secretarias que além dessa função, já produzem, processam, organizam e analisam a informação em saúde de seu município, apresentando os resultados em publicações especializadas e eventos científicos. Em um nível intermediário, encontram-se as estruturas locais que ainda buscam consolidar seus próprios sistemas de informação, encontrando dificuldades quanto à montagem de infra-estrutura de informática (incluindo recursos, equipamentos e pessoal); definição adequada de procedimentos de coleta; conhecimento e acesso restritos quanto às alternativas de processamento e falta ou deficiência de recursos humanos qualificados para a análise das informações obtidas.

Embora as atribuições municipais definidas legalmente apresentem uma abrangência e complexidade que ultrapassam em muito a atual capacidade técnica, administrativa e institucional de grande número de municípios brasileiros, o envolvimento destes com a produção, processamento e análise da informação tenderia a melhorar, em muito, a qualidade e confiabilidade dos dados, além de poder gerar ganhos no que diz respeito à qualidade da prestação de serviços e à capacidade de auto-avaliação do nível local, bem como na facilitação das funções de planejamento, programação, acompanhamento e avaliação.

INFORMAÇÃO PARA A TOMADA DE DECISÃO

Um dos objetivos básicos da informação gerencial é habilitar a instituição a alcançar seus objetivos pelo uso eficiente dos recursos disponíveis (pessoas, materiais, equipamentos, tecnologia, recursos financeiros etc.), facilitando o desempenho das funções que cabem à gerência: planejar, organizar, dirigir, controlar e avaliar ações e serviços. A informação corresponde, assim, à matéria-prima para o processo de tomada de decisão.

Toda instituição tem informações que podem proporcionar sustentação para suas decisões, mas só algumas as têm de forma organizada e voltada para otimizar o processo decisório.

A tomada de decisão refere-se à conversão das informações em ação. Portanto, decisão é uma ação tomada com base na análise de informações. O valor da decisão é inversamente proporcional ao tempo que se leva para tomá-la e diretamente proporcional à qualidade das informações utilizadas.

Muitas vezes, a gerência é exercida com uma carga de improviso maior do que a necessária. Há forte interligação entre o processo decisório e o sistema de

informações gerenciais. O gerente ou gestor é, antes de tudo, um tomador de decisões, independentemente de seu nível hierárquico na instituição. Portanto, ele precisa de informações que permitam:

- caracterizar o problema que está exigindo uma ou mais decisões para sua solução,
- compreender o ambiente que cerca as decisões,
- identificar os impactos que essas decisões terão.

Assim, a tomada de decisão depende de um processo de escolha adequado, baseado em informações pertinentes que possibilitem:

- a identificação do problema;
- a análise do problema;
- o estabelecimento de soluções alternativas;
- a análise e comparação das soluções alternativas, através do levantamento das vantagens e desvantagens de cada alternativa, bem como da avaliação de cada uma delas quanto ao grau de eficiência, eficácia e efetividade no processo;
- a implantação da alternativa selecionada, incluindo o devido treinamento das pessoas envolvidas;
- o controle e avaliação com base em critérios estabelecidos pela instituição.

Os passos subseqüentes com relação à formulação, implementação, avaliação e acompanhamento das ações corretivas são também extremamente dependentes de um bom suporte de informações para ocorrer efetiva ação gerencial com relação a possíveis reorientações na execução dos planos, ou mesmo, à revisão dos planos originais.

Em geral, os gestores não têm intimidade com o sistema de informações gerenciais e esse distanciamento provoca vários problemas para o processo decisório e, conseqüentemente, para os resultados obtidos.

Embora os gerentes necessitem cada vez mais de informações relevantes, o que se tem, de modo geral, é abundância de informações irrelevantes. O cenário gerencial costuma ser marcado por informações *inadequadas, dispersas, de difícil localização, atrasadas ou não confiáveis*.

É comum verificar que:

- não há planejamento da situação desejada, nem dos meios para chegar lá;
- não se organizam os recursos disponíveis para facilitar o alcance dos resultados;
- não se controla ou avalia de forma adequada por que não se estabeleceram antecipadamente os resultados a serem alcançados;

Nesse contexto, em geral, o gerente apenas dá ordens, o que não pode ser definido como a função de gerenciar.

Quando se seleciona, em um processo decisório, um estado futuro de coisas, esta escolha é feita em detrimento de qualquer outro estado alternativo, ao mesmo tempo em que se estabelece uma orientação rumo à alternativa escolhida. Esta situação tem como consequência a necessidade de que o tomador de decisão ajuste seu comportamento a um sistema integrado, por meio de uma visão ampla das alternativas que lhe são apresentadas antes da tomada de decisão e da consideração de todo o conjunto complexo de consequências que poderá ser gerado como fruto da escolha de uma alternativa.

Os gestores devem ter a dimensão exata do que ocorre ao longo de todo o processo de produção da informação e de como podem atuar em cada etapa para proporcionar as melhores condições possíveis para sua realização. O conhecimento do acervo de informações à sua disposição e a compreensão sobre como se origina pode aproximá-los do entendimento de que a própria escassez de recursos é fruto, muitas vezes, do desperdício provocado pela falta de informações sobre a realidade presente, a almejada e o impacto das alternativas de intervenção possíveis, limitando as ações de planejamento e a tomada de decisões.



A IMPORTÂNCIA E O PAPEL DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Sem nenhuma dificuldade, identificamos uma infinidade de situações cotidianas em que as informações são utilizadas para orientar a tomada de decisões: o saldo na conta bancária, para decidir sobre a compra de algo; as condições da estrada, para decidir sobre uma viagem etc. As informações estão sempre presentes em nossas vidas e participam de diversas decisões do cotidiano.

Entretanto, o acesso a determinadas informações não garante que as decisões e ações desencadeadas sejam sempre 'acertadas', estejam 'corretas'. Isto porque as informações refletem as concepções, os valores, as intenções, a visão de mundo e outras particularidades daquele que as utiliza. Elas influenciam, diretamente, a tomada de decisões. Então, podemos dizer que as informações não são neutras. Elas refletem 'o grau de miopia' de quem as está utilizando.

Além disto, mesmo quando acessamos informações pertinentes e confiáveis, a incerteza mantém-se presente. O tamanho ou o grau de incerteza é variável. Depende do tipo de situação encontrada e de quem quer intervir sobre ela.

Em síntese, as informações são muito importantes para subsidiar processos de decisão-ação. São as perguntas que nos indicam que informações precisamos obter, de tal modo que o grande desafio não é somente ter acesso às informações. Primeiro e, principalmente, é preciso saber perguntar. A partir de perguntas, buscam-se respostas/informações capazes de subsidiar, com o menor grau de incerteza possível, as decisões sobre as ações a serem desencadeadas. Tudo isto com vista a alcançar os objetivos definidos para enfrentar determinada situação.

O processo de gestão do setor saúde exige a tomada de decisões de alta responsabilidade e relevância social. As informações podem funcionar como

* Texto retirado do Caderno *Vigilância Sanitária*, organizado por Francisco Eduardo Campos, Lídia Maria Tonon e Gustavo Furquim Werneck. Belo Horizonte: Coopmed, 2001 (Cadernos de Saúde, 4). Reprodução autorizada pela autora.

um meio para diminuir o grau de incerteza sobre determinada situação de saúde. Elas apóiam o processo de decisão-ação. Entretanto, deve estar claro que as decisões tomadas são sustentadas pelos pressupostos, isto é, pela concepção de modelo de atenção à saúde daqueles envolvidos no processo de gestão do setor.

O QUE É UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Para trabalhar este tópico, utilizaremos como fio condutor o conceito de sistema. A partir deste, procuraremos construir uma definição sobre o que é ou como deveria ser um sistema de informação em saúde.

Segundo Carvalho & Santos (1995), “o termo sistema traz de imediato a idéia de um todo orgânico, governado por leis próprias que definem a sua estrutura e o seu funcionamento e o dirigem a um fim determinado”. Deve-se também considerar que um sistema pode sofrer influências externas.

Por exemplo, a estrutura de um Sistema Municipal de Saúde conta com vários componentes (centros de saúde, ambulatorios especializados, farmácia, hospital etc.), que produzem vários tipos de ações (consultas médicas, vacinação, vigilância sanitária etc.); segundo, possui uma normatização própria (regras). Entretanto, para ser considerado um sistema, deve existir um modo de funcionamento que possibilite uma interligação e uma interação entre estes diversos componentes, que resultam numa atenção organizada, capaz de produzir respostas (finalidade) às necessidades de saúde de determinada população.

Em síntese, podemos compreender que um sistema tem:

- finalidade;
- regras (modo de funcionamento);
- estrutura;
- produtos.

A seguir, abordaremos cada um desses pontos, visando a construir uma definição para um Sistema de Informação em Saúde (SIS). Ao longo desta abordagem, serão introduzidas algumas definições sobre conceitos fundamentais referentes a um SIS.

Finalidade de um Sistema de Informação em Saúde

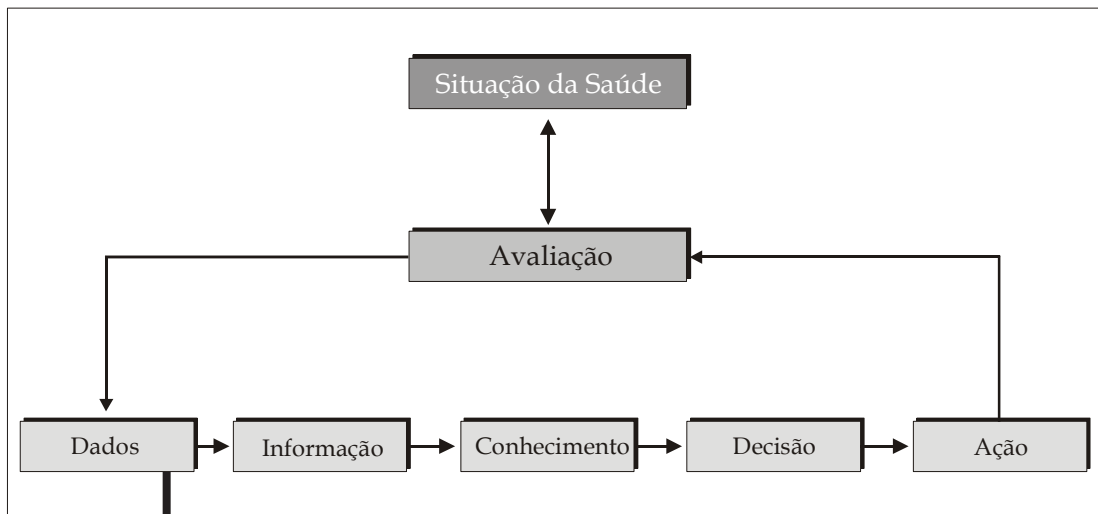
Segundo documento do Ministério da Saúde (MS), aprovado pela Portaria Ministerial nº 3 de 04/01/96 e publicado no Diário Oficial da União de 08/01/96:

É essencial conceber o SIS como um instrumento para o processo de tomada de decisões, seja na dimensão técnica, seja na dimensão de políticas a serem formuladas e implementadas. O sistema deve ser concebido, pois, na qualificação de suas ações, como produtor de conhecimentos e como descritor de uma realidade (...). Um SIS deve assegurar a avaliação permanente da situação de saúde da população e dos resultados das ações de saúde executadas, fornecendo elementos para, continuamente, adequar essas ações aos objetivos do SUS.

Combinando as definições de SIS segundo proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), entende-se que: um SIS é um conjunto de componentes que atuam de forma integrada, por meio de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões no Sistema de Saúde. Seu propósito é selecionar dados pertinentes e transformá-los em informações para aqueles que planejam, financiam, provêem e avaliam os serviços de saúde.

O Diagrama 1 sintetiza o que entendemos ser a finalidade de um SIS.

Diagrama 1



Para melhor esclarecer a finalidade de um SIS, iremos abordar alguns conceitos básicos apresentados no Quadro 1. Para isto, apresentamos o que entendemos como dado, informação e situação de saúde.

Definição de Dado

Podemos compreender os dados como a base para gerar informações. Mas eles não falam por si. Os dados são como uma matéria-prima, sobre a qual trabalhamos – juntando-os, correlacionando-os, contrapondo-os etc. – para produzir informações que traduzam um conhecimento, uma interpretação e um juízo sobre determinada situação.

Podemos entender esta interpretação como uma avaliação (*valia* = dar valor), na qual se busca construir um conhecimento e formar um juízo sobre determinada situação. Necessariamente, este juízo incorpora as concepções, os pressupostos, os valores e as referências que fundamentam a visão de mundo de quem interpreta a situação.

Definição de Informação

A informação é o produto obtido a partir de determinada combinação e interpretação de dados. Possibilita o conhecimento, a avaliação e o juízo sobre determinada situação. É um importante recurso para subsidiar o processo de tomada de decisão, de planejamento, de execução e de avaliação das ações desencadeadas.

Dependendo do ponto onde se coloca o observador numa determinada situação, o que para ele é um dado para o outro pode ser uma informação. Portanto, é preciso relativizar os conceitos de dado e de informação, considerar ‘onde’ ou ‘em que posição’ se situa aquele que está problematizando determinada situação.

O desafio aqui refere-se à nossa capacidade de definir quais informações queremos produzir para, em consequência, identificar os dados pertinentes e realmente necessários para responder perguntas que possibilitem conhecer, avaliar e decidir como agir em determinada situação.

Por não estarmos atentos à dimensão dos custos do processo de produção de informações, primeiro ou mesmo exclusivamente, só nos preocupamos em escolher os dados – geralmente muitos – que queremos coletar, antes até de definir e justificar com clareza que informações necessitamos obter, ou seja, quais perguntas queremos responder.

Definição de Situação de Saúde

Uma situação (*situs* + ação) sempre está acontecendo em algum lugar. Entendemos este *situs* como um território. O conceito de território, objeto de

estudo da geografia, é bastante complexo. No final da década de 80, particularmente, percebe-se um esforço do setor saúde para a apreensão deste conceito e sua utilização na transformação das práticas sanitárias.

A incorporação do conceito de território vem trazendo significativos avanços para a análise dos determinantes do processo saúde-doença, permitindo desmascarar desigualdades, identificar situações de risco e promover intervenções mais efetivas, integrais e equânimes para o enfrentamento dos problemas de saúde.

De modo simplificado (este texto não objetiva aprofundar o conceito de território), podemos definir que: “O território pertence a uma dada sociedade de um dado local que articula as forças sociais de determinada maneira. O território nunca está pronto, mas, sim, em constante transformação”. Para avançar um pouco mais na definição do que é uma situação, também cabe considerar o referencial teórico que fundamenta o Planejamento Estratégico Situacional desenvolvido por Carlos Matus (1993). A partir do exemplo apresentado a seguir, Matus faz algumas reflexões importantes sobre o conceito de situação: “dois meninos exploradores, *A* e *B*, situados em dois planetas distintos, disparam ao mesmo tempo seus revólveres de espoleta. Isso é o que afirma um observador. No entanto, *A* garante ter disparado primeiro e o mesmo afirma *B*.”

Na verdade, ambos estão dizendo sua *verdade* relativa à posição ou situação que ocupam no espaço. Segundo Matus (1993),

as duas verdades são verificáveis por cada um dos meninos exploradores, porque a velocidade da luz obedece a uma lei objetiva, independente da nossa vontade, interesses e posição na realidade. Isso permite que *A* afirme que a luz da explosão da sua espoleta apareceu primeiro.

Mas também o mesmo argumento serve para *B*, considerado o seu ponto de observação. É justamente com base nessa lei objetiva que um observador, equidistante dos dois, pode afirmar que *A* e *B* dispararam ao mesmo tempo. Portanto, neste relato situacional há três verdades empiricamente verificáveis.

Ou seja, a verdade de quem é assumida na análise de determinada situação se a verdade, como se viu, não pode ser uma só?

Deste modo, partindo dos referenciais propostos por Donato (1993) e por Matus (1993) para a compreensão do que é uma situação e considerando a definição de *saúde* (conceito ampliado) como sinônimo de *qualidade de vida*, podemos entender uma situação de saúde como decorrente do processo histórico de uma dada sociedade. Neste processo, as respostas produzidas para atender às

necessidades de saúde da sociedade resultam e refletem a articulação das forças sociais que a compõem. Portanto, a situação de saúde também está em constante transformação.

Em síntese, a situação de saúde é o conhecimento que um ator social produz para agir e transformar a qualidade de vida da população de determinado território.

Regras de um Sistema de Informação em Saúde (Modo de Funcionamento)

O processo de gestão no setor saúde demanda a produção de informações que possam apoiar um contínuo (re)conhecer, decidir, agir, avaliar e novamente decidir. Portanto, o processo de produção de informações, além de contínuo, também precisa ser sensível o bastante para captar as transformações de uma situação de saúde. Considerando esta reflexão, como deve então ser um SIS? Como deve ser o modelo (as concepções) ou quais devem ser os princípios e diretrizes que, em síntese, caracterizam um SIS e suas regras de funcionamento?

Entende-se um SIS como um componente de determinado Sistema de Saúde – no caso do Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, ele deve ser coerente com as características deste modelo de atenção.

Para refletir sobre esta relação entre o SUS e o SIS, apresenta-se a seguir um quadro que aborda alguns dos princípios e diretrizes que (para alguns) orientam a concepção do modelo de atenção proposto para o SUS, procurando correlacioná-los com uma proposta de como deve ser um SIS.

Considerando-se o modelo apresentado no Quadro 1, podemos entender, sinteticamente, como papel de um SIS:

- organizar a produção de informações compatíveis com as necessidades dos diferentes níveis de gestão e gerência do sistema de saúde, garantir uma avaliação permanente das ações executadas e do impacto destas sobre a situação de saúde;
- assessorar o desenvolvimento de sistemas de informação voltados para as especificidades das diferentes unidades operacionais do sistema de saúde;
- contribuir para o desenvolvimento dos profissionais de saúde, para a construção de uma consciência sanitária coletiva, como base de ampliação do exercício do controle social e da cidadania; contribuir também para resgatar uma relação mais humana entre a instituição e o cidadão.

Quadro 1

Sistema Único de Saúde Alguns Princípios e Diretrizes	Modelo de Sistema de Informação em Saúde	
	Princípios Gerais	Diretrizes e Objetivos
Integralidade da assistência prestada, abrangendo atividades assistenciais preventivas e de promoção da saúde.	Utilizando o saber epidemiológico , produzir informações que garantam uma avaliação permanente das ações executadas e do impacto sobre a situação de saúde.	Subsidiar os processos de planejamento, tomada de decisões, controle da execução e avaliação das ações, considerando a integralidade da assistência. Produzir informações relacionadas à eficiência e eficácia das respostas; e à efetividade ou impacto sobre a situação de saúde.
Descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços. Equidade da assistência prestada.	Produzir informações compatíveis com as necessidades exigidas pelo processo de gestão, considerando as competências das diferentes esferas de governo (União, Estados e Municípios).	Descentralizar o processo de implantação do SIS contemplando as especificidades locais, desmascarando as desigualdades, contribuindo para a operacionalização do princípio da equidade da assistência prestada. Deve-se observar a compatibilidade das informações produzidas, necessária para garantir a unicidade e a interpelação entre os diferentes níveis de gestão do SUS.
Divulgação de informações sobre o potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário. Controle social: participação da comunidade na gestão, no controle e na fiscalização dos serviços e ações de saúde.	Justificar previamente qualquer dado a ser coletado, garantindo qualidade e clareza dos mecanismos de produção das informações.	Participação das equipes locais na definição das informações a serem produzidas e, portanto, dos dados a serem coletados: tanto pela sua relevância para a tomada de decisões, quanto pela sua indispensabilidade para a prestação de contas.
	Garantir que aqueles que produzem os dados sejam usuários das informações prestadas.	Contribuir para o desenvolvimento e compromisso dos profissionais de saúde com a qualidade e confiabilidade dos dados coletados.
	Garantir mecanismos que viabilizem a disseminação e a utilização efetiva das informações produzidas.	Capacitar os diferentes usuários para utilização adequada das informações, contribuindo para a descentralização e aperfeiçoamento do processo de tomada de decisões.
	Garantir à população o direito ao acesso às informações, garantindo mecanismos contínuos de divulgação, utilizando recursos de comunicação adequados.	Contribuir para a construção de uma consciência sanitária coletiva, como base de ampliação do exercício do controle e da cidadania .
Garantir o direito à informação às pessoas assistidas e à preservação da autonomia de cada cidadão, defendendo sua integridade física e moral.	Respeitar o direito do cidadão à privacidade quanto às informações relacionadas à sua saúde.	Contribuir para resgatar uma relação mais humana entre a instituição e o cidadão, preservando sua autonomia .

Estrutura de um Sistema de Informação em Saúde

Para pensarmos como deve ser a estrutura de um SIS, cabe considerar que:

1. Todas as atividades realizadas por um Sistema de Saúde geram dados que podem produzir informações.
2. Todas estas atividades são realizadas em determinados tipos de unidades de produção ou *unidades operacionais* (laboratório, almoxarifado, unidade de saúde, setor de finanças etc.) que compõem o Sistema de Saúde. Devem contar com informações que subsidiem o processo de planejamento, controle, avaliação e redirecionamento do que vem sendo produzido. O Quadro 1 apresenta um exemplo desse conjunto de informações.
 - a atividade de controle do estoque de materiais (medicamentos, detergentes etc.) no almoxarifado produz vários dados, que geram informações que orientam decisões ligadas a aquisição, distribuição e armazenamento dos materiais. Para isto, deve-se contar com um **Sistema de Informações para Controle de Materiais**.
3. Existem dados e informações gerados nas diferentes unidades operacionais que interessam não só à própria unidade, mas a todo o Sistema de Saúde. São informações consideradas estratégicas, voltadas para uma avaliação permanente das respostas que estão sendo produzidas e do impacto obtido sobre a situação de saúde. Por exemplo:
 - um **Sistema de Informações Ambulatoriais** informa a produtividade de consultas de gineco-obstetrícia e avalia a cobertura de gestantes que as consultas de pré-natal alcançaram;
 - um **Sistema de Informações Hospitalares** informa a ocorrência de complicações ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério;
 - um **Sistema de Informações sobre Mortalidade** informa o índice de mortalidade materna. Pode-se, então, dizer que a combinação destes sistemas ou subsistemas (como preferem alguns) permite uma avaliação das respostas (a produtividade de consultas, a cobertura das consultas de pré-natal, a ocorrência de complicações no parto) e do impacto (o índice de mortalidade materna) em determinada situação de saúde.

Portanto, além de recursos humanos e equipamentos, a estrutura de um SIS pressupõe a organização de um processo de produção de informações que permeie toda a organização, em seus variados espaços de atuação.

Produtos Gerados por um Sistema de Informação em Saúde

Neste tópico, identificamos que tipo de informações um SIS deve, minimamente, disponibilizar.

Quando se pretende tomar decisões e desencadear ações que transformem uma situação de saúde, formulam-se perguntas para conhecer e avaliar a qualidade de vida da população de determinado território. Para obter respostas, utilizam-se informações obtidas por meio da combinação de determinados dados.

Podemos comparar esse conjunto de perguntas a uma espiral, onde, primeiramente, procura-se o (re)conhecimento da situação de saúde 'inicial'. Após decisões, intervenções e determinados resultados, avaliam-se as transformações obtidas, ou seja, a situação de saúde 'final'. E assim sucessivamente, num processo permanente de produção de respostas às necessidades de saúde das populações.

Para identificar mais claramente os momentos onde a informação deveria subsidiar a gestão de um Sistema Municipal de Saúde, apresenta-se no Quadro 3, de forma simplificada, um processo de trabalho em saúde, que objetiva organizar respostas sociais às necessidades de saúde de uma população.

De modo sintético, podemos dizer que, para apoiar a gestão de um Sistema Municipal de Saúde, as seguintes perguntas devem ser feitas:

Como está a **situação de saúde**? Como estão as condições de vida (composição da população, saneamento básico, escolaridade etc.) da população? Quais são seus principais problemas de saúde?

Que **objetivos** serão assumidos por esta gestão para transformar essa situação de saúde?

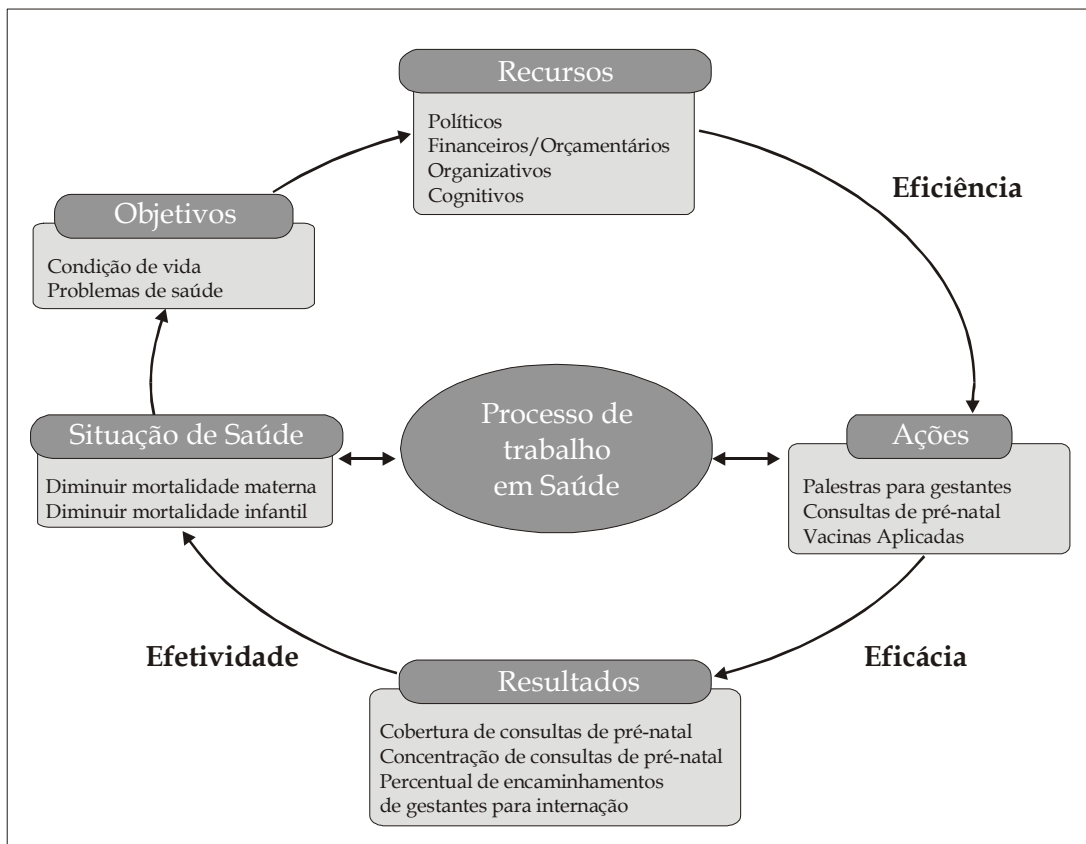
Quais são os **recursos** (humanos, financeiros, instalações físicas, equipamentos, conhecimentos etc.) disponíveis para enfrentar os problemas prioritizados, visando a alcançar os objetivos propostos?

Quais e quantas **ações** podem ser produzidas utilizando-se esses recursos com o máximo de **eficiência**?

Com estas ações, que **resultados** (cobertura, concentração, resolubilidade etc.) podem-se alcançar com a maior eficácia possível?

Com esse resultados conseguimos alcançar os **objetivos** propostos? Ou seja, a situação de saúde inicial foi **efetivamente** transformada?

Diagrama 2



Estas perguntas indicam que as informações necessárias à gestão de um Sistema de Saúde devem, basicamente:

- permitir o conhecimento, o acompanhamento e a avaliação permanente da situação de saúde;
- apoiar a tomada de decisões no processo de gestão do sistema e de gerência dos serviços de saúde, considerando a eficiência, a eficácia e a efetividade das respostas produzidas.

Isto é, um SIS deve informar se um Sistema de Saúde (isto é, as respostas por ele produzidas) está sendo eficiente, eficaz e efetivo no enfrentamento da situação de saúde indicada. Basicamente, devem ser produzidos indicadores capazes de medir a:

Eficiência: utilização dos recursos disponíveis da melhor maneira possível, evitando 'desperdícios';

Eficácia: por meio das ações produzidas, alcançar os melhores resultados possíveis, principalmente em relação à cobertura (número de pessoas atendidas) e à concentração (número de ações oferecidas a cada pessoa);

Efetividade: obter transformações concretas na situação de saúde, coerentes com os objetivos propostos pela gestão.

Deste modo, fica mais clara a importância de saber trabalhar com indicadores de saúde. Eles permitem obter os conhecimentos necessários, sem que para isso seja preciso coletar e processar uma infinidade de dados. A seguir, vamos trabalhar uma definição para indicador de saúde, procurando identificar as qualidades que este deve ter.

Definição de Indicador de Saúde

Para trabalhar a definição de **indicador**, inicialmente vamos recorrer à categoria de ‘distinção’ proposta por Spencer Brown, citado por Matus (1993): “Uma distinção divide o mundo em duas partes, esse (próximo do ‘eu’) e este (próximo do ‘outro’), ou nós e eles etc. Uma das mais fundamentais de todas as atividades humanas é fazer distinções”.

Quando uma distinção é feita em função de um propósito concreto por quem distingue, fala-se de uma ‘indicação’. Desse modo, a avaliação, o conhecimento e as propostas de intervenção sobre uma situação são um encadeamento de indicações e são auto-referidas.

Indicam-se problemas, explicações, respostas etc. A indicação não está motivada apenas pelo propósito de conhecer, mas também pelo propósito de agir e transformar a realidade compreendida na situação indicada. A indicação é um modo de fazer uma ‘leitura’ do mundo para agir sobre ele. Conseqüentemente, uma situação determinada admite muitas indicações.

Um indicador é uma representação numérica ou não que, a partir da ‘preferência’ que damos a determinados eventos (atividades realizadas, ocorrência de doenças) e considerando nossas referências e critérios, nos permite produzir informações com vista a elaborar um conhecimento (quantitativo e/ou qualitativo) sobre determinada situação, com o propósito de tomar decisões e agir para transformar a realidade compreendida no espaço indicado.

Portanto, a **qualidade** dos indicadores escolhidos é fundamental para esse processo. Formular indicadores de boa qualidade é um grande desafio. Segundo Jordan Filho, citado por Moraes (1994), um indicador deve possuir as seguintes qualidades:

Simplicidade: deve ser fácil de ser calculado;

Validade: deve ser função da característica que se deseja medir;

Disponibilidade: deve usar dados habitualmente disponíveis ou de fácil obtenção;

Robustez: deve ser pouco sensível às deficiências dos dados necessários à sua construção;

Sinteticidade: deve refletir o efeito do maior número possível de fatores;

Discriminatoriedade: deve possuir alto poder discriminatório para vários níveis de condições de saúde e indicar alterações que ocorram com o tempo;

Cobertura: deve referir-se, tanto quanto possível, a cada país ou território como um todo, permitindo que por meio da comparação se possa chegar a uma avaliação.

Com certeza, não existem indicadores que, isoladamente, sejam capazes de abranger todos os atributos de qualidade mencionados acima. Portanto, é necessário escolher um conjunto de indicadores. Esta escolha deve decorrer das perguntas que buscamos responder e do tipo de decisão que se quer apoiar.

O Quadro 4 identifica **tipos básicos de indicadores** capazes de abranger informações referentes à eficiência e eficácia das respostas produzidas pelo Sistema de Saúde e seu impacto ou efetividade sobre a situação de saúde. Apresenta também uma síntese das análises que podem ser realizadas a partir desses indicadores. Adiante, serão discutidos mais especificamente os indicadores/informações que podem ser obtidos utilizando-se os chamados “Sistemas de Informação de Abrangência Nacional”.

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS E INFORMAÇÕES TRABALHADAS PELOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE BASE NACIONAL

No setor público de saúde, reconhece-se a importância de empreender esforços para a obtenção e manutenção de dados e informações de abrangência nacional, que permitam o acompanhamento do SUS em todo o país, possibilitando análises comparativas entre os diversos estados, municípios e regiões, de forma a subsidiar a tomada de decisões em todos os níveis de gestão. A informação é fundamental para a democratização e o aprimoramento da gestão do setor saúde.

Quadro 2

Categoria do indicador	Tipos básicos de indicadores	Tipos de análise que podem ser realizadas
Eficiência	<ul style="list-style-type: none"> - Produtividade por tipo de procedimento (consultas, exames laboratoriais etc.) - Utilização da capacidade instalada (rede física) - Utilização da capacidade operacional (recursos humanos) - Distribuição dos gastos por tipo de atenção prestada (ambulatorial básica e especializada; hospitalar e urgência; apoio diagnóstico e terapêutica etc.) 	<p>Avaliação quanto à utilização (com ou sem 'desperdícios') dos recursos disponíveis.</p> <p>Considera-se como uma avaliação da estrutura do Sistema de Saúde.</p>
Eficácia	<ul style="list-style-type: none"> - Cobertura alcançada por meio das ações produzidas (consultas, vacinas, partos etc.) - Concentração de procedimentos oferecidos (por exemplo: três consultas de pré-natal por gestante) - Resolubilidade da atenção (p. ex.: a proporção de altas em relação às consultas realizadas) 	<p>Avaliação dos resultados alcançados pelas ações produzidas considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - quantos foram atingidos (cobertura) - quanto foi oferecido (concentração) - como foi respondido (resolubilidade). <p>Considera-se como uma avaliação do processo de trabalho em saúde.</p>
Efetividade	<ul style="list-style-type: none"> - Indicadores de mortalidade - Indicadores de morbidade - Indicadores demográficos - Indicadores socioeconômicos - Indicadores ambientais 	<p>Avaliação do impacto sobre a situação de saúde considerando as respostas produzidas pelo Sistema de Saúde e também aquelas geradas por outros setores (educação, saneamento etc.)</p>

Atualmente, ainda verifica-se a falta de integração entre os diversos sistemas existentes. Destaca-se a falta de confiabilidade dos dados e a baixa utilização das informações. Apesar destes problemas, é fundamental a utilização dos sistemas existentes como estratégia para:

- estimular que o processo de tomada de decisões e de avaliação, em todos os níveis do SUS, seja cada vez mais orientado pelo uso de informações;
- aperfeiçoar estes sistemas continuamente, apostando em que, por meio de sua ampla utilização, eles poderão ser criticados, corrigidos ou mesmo substituídos;
- viabilizar um processo de consolidação de bancos de dados de abrangência nacional, que permitam o compartilhamento e, em particular, a comparação entre diferentes situações. Comparar é uma das principais ferramentas para a elaboração de uma análise epidemiológica.

O Quadro 3 apresenta alguns desses sistemas, identificando também o tipo de indicadores gerados e o órgão responsável por seu desenvolvimento.

Quadro 3

Sistemas de Informação de Abrangência Nacional			
Siglas	Sistemas	Indicadores	Órgãos
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade	Informações relacionadas com o perfil epidemiológico	CENEPI
SINAN	Sistema de Informações sobre Agravos Notificáveis		
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos		
SAI-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS	Informações relacionadas à assistência e a administração	DATASUS
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS		
SIAB	Sistema de Informação sobre Atenção Básica		
SI-PNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações		
SISVAN	Sistema de Informação sobre Vigilância Alimentar e Nutricional		
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos		
SIGAB	Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica	Informações gerenciais	DATASUS
HOSPUB	Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar		
CENSO ¹	Levantamento decenal de dados populacionais e indicadores sociais		IBGE

A seguir, apresenta-se um breve comentário sobre os sistemas e os órgãos responsáveis por sua gestão.

Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI)

Faz parte da estrutura da Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, responsável pela definição de normas, procedimentos técnicos e diretrizes operacionais do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Deve promover a cooperação técnica e assessorar as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Trabalha para a promoção e disseminação do uso da metodologia epidemiológica em todos os níveis do SUS. Busca:

desenvolver sistemas de informação que permitam o acompanhamento do quadro sanitário do país e subsidiem a formulação, implementação e avaliação das ações de prevenção e controle de doenças e agravos, a definição de prioridades e a organização dos serviços e ações de saúde.²

¹ Ainda que não se caracteriza como um sistema de informação de base nacional, merece destaque a base de dados gerada pelo CENSO desenvolvido decenalmente pelo IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, muito úteis para compor o denominador de um significativo número de indicadores trabalhados pelo SUS.

² Citação obtida na página da Fundação Nacional de Saúde, disponível na internet.

Departamento de Informática do SUS (DATASUS)

Como parte da estrutura do Ministério da Saúde, encontra-se sob a gestão da Secretaria Executiva do Ministério.

Sendo um órgão de informática de âmbito nacional, representa importante papel como centro tecnológico de suporte técnico e normativo para a montagem de sistemas de informática e informação da Saúde.³

Sua missão é: “prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática necessários ao planejamento, operação e controle do SUS, através da manutenção de bases de dados nacionais”.

Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Coleta dados sobre óbitos e fornece informações sobre o perfil de mortalidade nos diferentes níveis do SUS. O documento-padrão para entrada dos dados é a declaração de óbito (D.O.). Na maior parte do país, o processamento dos dados é feito pelo Gestor Estadual de Saúde. O avanço do processo de municipalização vem colocando os municípios à frente desse processo, buscando intervenções mais próximas e específicas sobre os problemas enfrentados. O sistema permite que os dados sejam agregados ou desagregados por estado, município, bairro ou endereço residencial. Os dados podem ser consultados na *home page* do DATASUS: <http://www.datasus.gov.br/> em **Informações de Saúde - Mortalidade (1979-97)**.

Sistema de Informações sobre Agravos Notificáveis (SINAN)

Instituído em 1996, coleta dados sobre agravos de notificação compulsória. Pode ser ativado a partir do município, gerando informações por distrito e bairro. A notificação compulsória tem sido a principal fonte usada pela Vigilância Epidemiológica para desencadear medidas de controle. Os dados trabalhados referem-se às seguintes doenças: cólera, coqueluche, dengue, difteria, doença de Chagas (casos agudos), doença meningocócica e outras meningites, febre amarela, febre tifóide, hanseníase, hepatites B e C, leishmaniose visceral, leptospirose, malária (em área não-endêmica), meningite por *Haemophilus influenzae*, peste, poliomielite, paralisia flácida aguda, raiva humana, rubéola, síndrome de rubéola congênita, sarampo, sífilis congênita, síndrome de imunodeficiência adquirida, tétano e tuberculose. Segundo a legislação:

³ Citação obtida na página do DATASUS, disponível na internet.

todo e qualquer surto ou epidemia, assim como a ocorrência de agravo inusitado, independente de constar na lista de doenças de notificação compulsória, deve ser notificado, imediatamente, às Secretarias Municipal e Estadual de Saúde e à Fundação Nacional de Saúde.

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Objetiva construir uma base de dados sobre as crianças nascidas vivas em todos os níveis do SUS. Como o SIM, conta com um documento-padrão, a declaração de nascimento (D.N.). Os municípios que vêm trabalhando adequadamente com o sistema têm obtido resultados significativos na intervenção prematura nos riscos apresentados pelos recém-nascidos. Até o momento, são considerados nascidos vivos de risco aqueles que têm baixo peso ao nascerem (menos de 2.500 g); mãe com menos de 17 anos; idade gestacional inferior a 37 semanas (prematividade); baixo nível de escolaridade da mãe (menor do que 1º grau) e menos de quatro consultas de pré-natal freqüentadas pela mãe. Os dados sobre o recém-nascido podem ser agregados ou desagregados por município, bairro, endereço residencial ou estabelecimento de saúde onde a criança nasceu. Também é muito importante garantir o cumprimento da obrigatoriedade do preenchimento e encaminhamento da D.N.

Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS)

Oferece dados sobre controle orçamentário e produção de serviços ambulatoriais; capacidade instalada e recursos financeiros orçados e repassados aos municípios (referentes à atenção ambulatorial), como, por exemplo, os Repasses para Custeio Ambulatorial (RCA). Permite contar **o que** foi produzido, mas não **quem** e **quantos** foram atendidos. Mas é instrumento importante para controlar o repasse de recursos, possibilitando identificar inconsistências entre a fatura apresentada e a capacidade instalada. No mínimo, permite avaliar se a produção de procedimentos é compatível com a estrutura (física, recursos humanos e/ou equipamentos) de que o prestador dispõe, possibilitando intervir sobre distorções mais grosseiras.

Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS)

Trabalha dados referentes às internações hospitalares, particularmente aqueles que informam sobre os procedimentos realizados. A partir destes dados, são efetuados pagamentos aos hospitais conveniados ou contratados pelo SUS.

Também processa dados sobre as causas de internação; a quantidade de leitos por especialidade; o tempo médio de permanência do paciente hospitalizado e a relação dos procedimentos mais frequentes em cada hospital, município e estado. Suas informações buscam facilitar a atividade de controle e avaliação do repasse de recursos efetuado pelo SUS. Conta com um documento-padrão – Autorização de Internação Hospitalar (AIH) –, que contém grande detalhamento de dados. Entretanto, estes dados ainda são pouco trabalhados para gerar informações, não somente de controle, mas que avaliem, efetivamente, as respostas que estão sendo oferecidas. Ainda assim, diferentemente do SIS-SUS, é possível identificar quem e que tipo de demanda está sendo atendida.

Sistema de Informação sobre Atenção Básica (SIAB)

Voltado para as ações referentes à atenção básica, em particular as ações desenvolvidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e pelo Programa de Saúde da Família (PSF). Este sistema processa informações sobre a população acompanhada e permite aos gestores municipais, estaduais e federal o acompanhamento contínuo e a avaliação das atividades desenvolvidas. A base de dados pode ser dividida em blocos:

- dados e indicadores referentes ao cadastramento das famílias: características das pessoas, dos domicílios e condições de saneamento, entre outros;
- dados e indicadores referentes a grupos de risco: crianças menores de dois anos, gestantes, hipertensos, diabéticos, pessoas com tuberculose e pessoas com hanseníase;
- dados e indicadores referentes às atividades realizadas: produção e cobertura de ações, notificação de agravos, óbitos e hospitalizações, entre outros.

Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)

Contribui para o controle, eliminação e/ou erradicação das doenças transmissíveis e imunopreveníveis, com a imunização sistemática da população. Foi implantado em 1993, para garantir a qualidade dos dados e a velocidade do fluxo de informações, otimizando o controle e gerenciamento das unidades de vacinação.

Sistema de Informação sobre Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)

Destina-se ao acompanhamento do Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCE). Propõe-se a ser um processo contínuo de coleta, tratamento, interpretação e disseminação de dados e informações sobre a situação alimentar e nutricional e de seus fatores determinantes.

Pretende conhecer e 'medir' este tipo de problema de saúde, identificando grupos de risco (biológicos e sociais). Busca apontar tendências quanto à distribuição geográfica e temporal da evolução deste tipo de problema.

Esses eventos podem ser diretamente relacionados às políticas governamentais de produção, abastecimento e consumo de alimentos. Ou seja, do acesso físico e econômico aos produtos que constituem a cesta básica de alimentos de cada população. Visa a produzir informações para o avanço da consciência da população sobre os problemas relacionados à alimentação e à nutrição e sobre as opções para enfrentá-los.

Censo: Levantamento Decenal de Dados Populacionais e Indicadores Sociais

O Censo é realizado pelo IBGE e existe desde 1940. Tem por objetivo a contagem da população e dos domicílios existentes no país. O único Censo não realizado na década prevista foi o de 1990 (feito em 1991).

Basicamente, o Censo pesquisa as seguintes variáveis:

- domicílio: localização, condições de infra-estrutura (tamanho, água, luz, esgoto etc.);
- indivíduos: sexo, idade, religião, cor, raça, naturalidade e nacionalidade;
- famílias: tamanho e relação de parentesco;
- educação: alfabetização, escolaridade, nível de instrução, cursos etc.;
- mão-de-obra: tipo de ocupação, ramo de atividade, carteira de trabalho, rendimento, contribuição previdenciária e procura de trabalho;
- mortalidade;
- fecundidade (número de filhos por mulher);
- migração.

DESAFIOS PARA ORGANIZAR UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE A VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A sistematização do uso das informações na gestão do SUS pode ser considerada um processo em consolidação. A título de exemplo, o Sistema Nacional de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi implantado, efetivamente, em 1974. Esses menos de trinta anos sinalizam o quanto ainda é preciso realizar para garantir a presença de informações sistematizadas nos processos de tomada de decisões do SUS.

Como as informações são um meio, é preciso que o fim seja bem definido para que fique mais claro quais informações devem ser produzidas. As ações de vigilância sanitária vêm sendo alvo de forte questionamento conceitual. De uma feição com traços policiais muito fortes, elas vêm ganhando larga conotação de prevenção e promoção de qualidade de vida.

Se no contexto anterior interessava produzir informações sobre a cobertura e eficiência das ações de fiscalização, as atuais demandas tratam do (re)conhecimento da situação de saúde das populações, com destaque para a identificação dos riscos como principal alvo das intervenções a serem desenvolvidas.

Com certeza, a utilização do instrumental epidemiológico é vital para o planejamento das ações de vigilância sanitária. Traçar perfis epidemiológicos e identificar riscos potenciais tornam-se diretrizes para refletir sobre as informações necessárias neste processo de trabalho.

Mais uma vez, é fundamental saber fazer perguntas sobre determinada situação. Perguntas que permitam conhecer:

- **Onde:** área de abrangência (geográfica, inclusive) de atuação da vigilância sanitária;
- **Quem:** população exposta e/ou estabelecimentos diretamente implicados com aquela situação de saúde;
- **Quando:** contextualização temporal dos conhecimentos, valores, ética e estética que regem a sociedade vigente;⁴
- **O quê:** identificação de riscos à saúde;

⁴ É importante refletir que os fatores de risco e os danos identificam-se com os valores vigentes na sociedade, fortemente submetidos à ideologia predominante; por exemplo, a obesidade tornou-se um fator de risco de ampla magnitude, com implicações diretas na definição do que deve ser controlado pela saúde pública, alimentos, estilo de vida etc.

- **Por quê:** elaboração de explicações (causas) para a situação encontrada, visando à formulação de propostas de enfrentamento;
- **Para quê:** formulação de objetivos e metas a serem alcançados, subsidiando a identificação de indicadores que melhor se prestem a esse fim.

São grandes os desafios a enfrentar para produzir informações que subsidiem as respostas a tais perguntas. No tópico anterior, identificamos os sistemas de informação existentes (de base nacional), considerando que eles são capazes de gerar informações importantes sobre as situações de saúde e devem ser amplamente aproveitados.

Para atender às especificidades da vigilância sanitária, é preciso ter clareza do objeto e das intervenções sobre ele. São estes os pressupostos básicos para identificar e/ou formular indicadores/informações que devem ser produzidos para alimentar esse processo de trabalho. A presença de sistemas de informação voltados para a vigilância sanitária é ainda pequena, com certeza por ser esta uma ação com baixo envolvimento no processo de faturamento por prestação de serviços. É preciso reconhecer que os sistemas de informação mais consolidados têm relação direta com sua capacidade de captação de recursos financeiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao apresentarmos os Sistemas de Informação de Abrangência Nacional, ficou evidente que as atividades de vigilância sanitária não têm merecido destaque nesse cenário. As experiências com sistemas de informação de âmbito municipal mostram-se bastante circunscritas às informações voltadas para a eficiência e eficácia das ações desenvolvidas, isto é, a produtividade dos agentes, a cobertura (percentual de estabelecimentos cobertos) e a concentração (número de vistorias por estabelecimento) das atividades.

As especificidades das ações de vigilância sanitária, que têm como alvo mais os riscos do que os danos conseqüentes em determinada situação de saúde, tornam menos linear a identificação de informações que possam refletir o impacto das ações desenvolvidas. Não é fácil correlacionar, com a devida validação 'científica', a atuação da vigilância sanitária e as transformações positivas da situação de saúde.

Assim, o esforço de trabalhar e produzir informações diretamente relacionadas às ações de vigilância sanitária deve tentar produzir conhecimentos ampliados sobre a situação de saúde das populações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARVALHO, G. I. & SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde: comentário à Lei Orgânica de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.

DONATO, A. S. F. *Território e Cidadania*, 1993 (Mimeo.)

MATUS, C. *Política, Planejamento e Governo*. Brasília: Ipea, 1993.

MORAES, I. H. S. de. *Informação em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS)*

Brasil. Ministério da Saúde.

Projeto Mais Saúde - Municipalização com Qualidade**



O Programa de Saúde da Família (PSF) é a principal estratégia de organização da atenção básica. Uma Equipe de Saúde da Família, formada por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, é responsável pelo atendimento de uma determinada comunidade, englobando de 2.400 a 4.500 pessoas. Profissionais, como assistentes sociais, psicólogos e outros, poderão ser incorporados ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é hoje considerado parte do PSF. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para o PSF. No PACS, as ações dos agentes de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/instrutor lotado em uma unidade de saúde.

INCENTIVO

O incentivo para o PSF é variável, dependendo do nível de cobertura do programa no município. Pode ir de R\$ 28.008,00 a R\$ 54.000,00 por ano por equipe, recebidos mensalmente em parcelas de 1/12. Há um incentivo adicional para a implantação de novas equipes no valor de R\$ 10.000,00 por equipe implantada, pago em duas parcelas. O incentivo para o PACS é fixo, no valor de R\$ 2.200,00 por agente comunitário por ano, pago em parcelas mensais de 1/12.

O PSF fortalece as ações de prevenção da doença, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. A primeira etapa de sua implantação começou em 1991, por meio do PACS. A partir de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes do PSF, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde.

* Texto retirado do livro *Saúde Mais Perto*, editado pelo Ministério da Saúde como parte do Projeto "Mais Saúde - municipalização com qualidade", no primeiro semestre de 2001. (Reprodução autorizada pelos autores).

** Os autores deste texto optaram por creditar a autoria ao Ministério da Saúde.

Sabe-se hoje que as ações educativas e de prevenção, aliadas aos atendimentos mais freqüentes, considerados ações da atenção básica ampliada, resolvem 85% dos problemas de saúde da população. Isso significa que o investimento na atenção básica previne o adoecimento ou o agravamento das doenças. Assim, a qualidade de vida da população melhora e tendem a diminuir os gastos com procedimentos de média e alta complexidade. Como consequência deste processo, evidenciam-se: redução dos índices de mortalidade infantil, diminuição do número de mortes por doenças de cura simples e conhecida, bem como diminuição das filas nos hospitais das redes públicas e conveniadas com o SUS.

As ações educativas/preventivas e a rapidez no atendimento aos problemas mais simples, no entanto, exigem que o sistema de saúde esteja muito próximo das pessoas. O ideal é que consiga envolver as próprias comunidades. É isso exatamente que faz o PSF, por meio da Equipe de Saúde da Família e da Unidade de Saúde da Família.

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Equipe de Saúde da Família é formada, no mínimo, por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. O número de agentes comunitários varia de acordo com o número de pessoas sob responsabilidade da equipe, em uma proporção média de um agente para 575 pessoas acompanhadas.

Os agentes comunitários são moradores da própria área de atuação. Eles recebem treinamento e são supervisionados por um instrutor/supervisor. A visita domiciliar é seu principal instrumento de trabalho. Cada agente vai pelo menos uma vez por mês a cada casa localizada em sua área de atuação. Eles fazem a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, realizam o mapeamento das áreas, o cadastramento das famílias e estimulam a comunidade para práticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida.

Fazem parte da rotina do agente comunitário de saúde, juntamente com as visitas domiciliares, uma série de ações fundamentais:

- **cadastro/diagnóstico** – é a primeira etapa do trabalho junto à comunidade. Consiste em registrar, na ficha de cadastro do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), informações sobre cada membro da família a respeito de variáveis que influenciam a qualidade da saúde, como situação de moradia, condições de saúde etc. Essas informações, uma vez consolidadas e analisadas na unidade básica de saúde, serão divulgadas e

discutidas junto à comunidade e posteriormente encaminhadas à Secretaria Municipal de Saúde, que por sua vez enviará cópia para a Secretaria Estadual de Saúde. Depois de reunidas e processadas no Estado, darão origem a um banco de dados encaminhado ao Ministério da Saúde;

- **mapeamento** – esta fase consiste no registro das áreas de risco para a comunidade, assim como dos pontos de referência no dia-a-dia da mesma. O objetivo é facilitar o planejamento e o desenvolvimento do trabalho do agente;
- **identificação de microáreas de risco** – uma vez realizado o mapeamento, o agente comunitário identifica setores no território da comunidade que representam áreas de risco. Ou seja, locais que apresentam algum tipo de perigo para a saúde das pessoas que moram ali, como inexistência ou precariedade do sistema de tratamento de esgoto sanitário, de abastecimento de água, áreas de violência, entre outros;
- **ações coletivas** – com vistas a mobilizar a comunidade, o agente comunitário de saúde promove reuniões e encontros com grupos diferenciados – gestantes, mães, pais, adolescentes, idosos, grupos em situações de risco ou de porta (dores de doenças comuns) – e incentiva a participação das famílias na discussão do diagnóstico comunitário de saúde, no planejamento de ações e na definição de prioridades.

A partir do agente comunitário, todo o trabalho da equipe é voltado para a prevenção e a proximidade com a comunidade procurando responder com a maior agilidade possível às demandas de saúde de sua área. O médico atende a todos os integrantes de cada família, independente de sexo e idade, e desenvolve com os demais integrantes da equipe, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população. O enfermeiro supervisiona o trabalho do agente comunitário e do auxiliar de enfermagem, realiza consultas na unidade saúde, além de atender pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem no domicílio. O auxiliar de enfermagem realiza procedimentos de enfermagem na unidade de saúde e no domicílio e executa ações de orientação sanitária.

Cada Equipe de Saúde da Família, atuando dessa forma, deve ser responsável por no máximo 4.500 pessoas. Ela estará capacitada para:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio do cadastramento e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população está exposta;

- elaborar, com a participação da comunidade um plano local para melhorar as condições que determinam o processo saúde/doença;
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial;
- desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados.

A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A estruturação física do PSF se dá a partir da Unidade de Saúde da Família – ou Unidade Básica de Saúde – quando se tratar apenas do PACS. Trata-se de uma unidade pública de saúde que assume a responsabilidade por uma determinada população a ela vinculada.

É muito importante notar que a Unidade de Saúde da Família possui algumas características fundamentais. Em primeiro lugar ela tem caráter substitutivo, isto é, não constitui uma nova estrutura de serviços (exceto em áreas desprovidas), mas substitui práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde e na participação da comunidade.

Em segundo lugar, ela é parte orgânica do sistema de saúde, dentro do princípio de integralidade e hierarquização. Por isso, deve estar vinculada à rede de serviços para garantir atenção integral aos indivíduos e famílias, garantindo os encaminhamentos para atendimentos de média e alta complexidade, sempre que necessário.

Em terceiro lugar, funciona com territorialização e adscrição de clientela. Ou seja, tem um território definido de abrangência e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população moradora nessa área.

FINANCIAMENTO

Por ser uma estratégia central da atenção básica, o PSF deve ter seu financiamento garantido pelo Piso Assistencial Básico (PAB) e pelos incentivos

que compõem a parte variável do PAB, adicionados aos recursos de fontes estaduais e municipais.

Ao aderir ao PSF, o município recebe auxílio financeiro para investir na implantação e passa a ter direito a uma parcela mensal específica de recursos para compor o financiamento do programa, que será o componente variável do PAB. Cabe lembrar que essa expansão é pactuada, a cada ano, pelo teto financeiro negociado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Em primeiro lugar, há uma destinação única de R\$ 10.000 por equipe do PSF implantada, pago em duas parcelas. Também entram no PAB variável R\$ 2.200 fixos por agente comunitário, por ano, divididos em doze parcelas mensais. Finalmente, é adicionado mais um valor anual que varia de R\$ 28.008 a R\$ 54.000 por equipe do PSF, igualmente divididos em doze parcelas mensais.

O valor do incentivo para as equipes do PSF varia de acordo com o percentual da população atendido pelo programa (Tabela 1). Para fazer esse cálculo, o Ministério da Saúde considera que cada equipe atende em média 3.450 pessoas. O total de pessoas atendidas em um município seria, então, o número de equipes multiplicado por 3.450.

A Portaria 1.013, de 8 de setembro de 2000, modificou essa metodologia. Essa portaria determina que, para calcular a faixa de cobertura, serão usados os dados da população cadastrada no SIAB. Assim, o número de pessoas cadastradas será dividido pelo total da população. Para evitar o uso de decimais e exprimir o resultado em porcentagem, multiplica-se por 100. Ou, numa fórmula:

$$C = (Pc/Pt) \times 100, \text{ em que}$$

C = faixa de cobertura, em percentual arredondado para uma casa decimal;

Pc = população cadastrada no SIAB;

Pt = população total do município

A partir de 2001, adicionalmente, cada Equipe de Saúde da Família passa a receber regularmente um kit de medicamentos básicos, diretamente do Ministério da Saúde. A forma de distribuição será negociada com estados e municípios.

Tabela 1 – Valor anual por equipe do PSF

Classificação das faixas de cobertura	Faixa de cobertura populacional em %	Valor do incentivo/equipe/ano (R\$ 1,00)
1	0 a 4,9	28.008
2	5 a 9,9	30.684
3	10 a 19,9	33.360
4	20 a 29,9	38.520
5	30 a 39,9	41.220
6	40 a 49,9	44.100
7	50 a 59,9	47.160
8	60 a 69,9	50.472
9	70 e mais	54.000

CAPACITAÇÃO

A necessidade de educação continuada das Equipes de Saúde da Família levou o Ministério da Saúde a promover a implantação de pólos de capacitação, a partir de 1997, com recursos do REFORSUS. Estes pólos articulam uma ou mais instituições voltadas para a formação, capacitação e educação permanente de recursos humanos para a saúde, por meio de convênios com as secretarias de estados e de municípios e instituições de ensino superior.

Foram definidos como objetivos de cada pólo:

- a curto prazo – capacitação introdutória, sensibilização das Equipes de Saúde da Família em relação às bases conceituais e atualização técnica em áreas específicas;
- a médio prazo – educação permanente nos diversos campos relacionados à Saúde da Família, cursos de especialização, formação de multiplicadores e supervisores;
- a longo prazo – atividades e estratégias para impacto na formação profissional em nível de graduação, residência, e especialização em Saúde da Família.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA (SIAB)

O monitoramento e a avaliação das atividades desenvolvidas no PSF deverão ser realizados pelo SIAB, que possui os seguintes dados de alimentação obrigatória: dados cadastrais das equipes de saúde da família e dados cadastrais das famílias acompanhadas pelo PSF.

A não alimentação do Sistema de Informação, por um período de dois meses consecutivos ou de três meses alternados, implicará suspensão do cadastramento do programa, o que significa suspensão dos recebimentos referentes ao PAB (fixo e variável). Da mesma forma, suspendem o repasse de recursos a não alimentação do Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Sistema de Informação sobre Nascidos-Vivos (SINASC) e do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

PASSOS PARA A IMPLANTAÇÃO

A implantação do PSF depende, antes de tudo, da decisão política da administração municipal, que deve submeter a proposta à anuência do Conselho Municipal de Saúde e discutir o assunto com as comunidades a serem beneficiadas. É preciso, no entanto, que o município esteja habilitado em alguma forma de gestão do SUS. Caso o município não esteja habilitado, o repasse de recursos se dará através do Fundo Estadual de Saúde.

A elaboração do projeto requer alguns passos importantes:

- identificar as áreas prioritárias para implantação do programa;
- mapear o número de habitantes em cada área;
- calcular o número de equipes e de agentes comunitários necessários;
- elencar as unidades de saúde que serão referência às Equipes de Saúde da Família;
- adequar espaços e equipamentos para implantação do programa;
- encaminhar o projeto à Coordenação Estadual PACS/PSF que analisará e encaminhará à CIB para aprovação.



BASES CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE*

Maria Christina Fekete

BREVE HISTÓRIA DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

O pensamento estratégico aplicado ao planejamento em saúde surgiu no final da década de 70, como forma de superar os problemas inerentes à formulação normativa de planos, cujo paradigma se encontra representado no método do CENDES/OPAS. Essa nova proposição resultou, em suas primeiras manifestações no âmbito da saúde, das reflexões de Mário Testa, que foi também protagonista fundamental da elaboração do método CENDES/OPAS.

Seria interessante se a presença de Testa ao longo do processo evolutivo do planejamento em saúde – que vai desde o normativo, passando pelo estratégico e desembocando no pensamento estratégico aplicado ao planejamento – pudesse servir para chamar a atenção sobre o fato de que o planejador é um ser humano inserido num contexto social que o determina e condiciona e que, ao mudar, provoca, ou deveria provocar, alterações no pensamento (ideologia) do sujeito determinado/condicionado.

Para tentar compreender o processo que conduz desde o planejamento normativo até o pensamento estratégico, é recomendável voltar às origens. O método CENDES/OPAS, gestado entre 1962 e 1963, surgiu como resposta às demandas apresentadas na Reunião de Punta del Este (agosto de 1961) quanto à formulação de planos integrados de desenvolvimento econômico e social, como condição para a realização de investimentos externos que, na visão desenvolvimentista, permitiriam aos países subdesenvolvidos (atualmente denominados em desenvolvimento) percorrer as diversas etapas supostamente já percorridas pelos países que alcançaram sua maturidade econômica e social, nesta ordem.

Embora seja de capital importância aprofundar o estudo sobre o contexto em que tem lugar a proposta desenvolvimentista, isto supera, em muito, os objetivos deste artigo. Assim, nos limitaremos a mencionar alguns episódios e

* Texto retirado do livro *Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde*, organizado por José Paranaguá de Santana. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 1997. (Reprodução autorizada pela autora). Trata-se de versão adaptada por M. Christina Fekete, com a autorização do autor, do artigo “El enfoque estratégico para el desarrollo de recursos humanos”, de Adolfo H. Chorny, publicado em *Educación Médica y Salud*, 24(1), 1990.

figuras que marcaram o início dos anos 60. Assistia-se no mundo a um instante de paz. Havia terminado a guerra da Coréia, e o conflito no Vietname ainda não havia alcançado toda a sua intensidade. João XXIII, Kennedy e Kruchev surgiam como astros de primeira grandeza no cenário mundial, levando a pensar que a paz era possível. Era o começo do sonho. Na América Latina, os regimes populistas haviam sido substituídos, em sua grande maioria, por regimes de cunho desenvolvimentista. A Revolução Cubana (1959) pôs fim a uma das mais cruéis ditaduras contemporâneas. Apareceram os *hippies* e começava o sucesso dos Beatles. Era a esperança de um mundo harmônico e, para muitos, racional. A partir de 1957, com o primeiro esputinique, parecia que nenhuma fronteira poderia deter o avanço incessante da ciência para a conquista do Universo.

A este predomínio da razão científica, conseqüência de uma conjuntura histórica particular cujos sinais foram mencionados no parágrafo anterior, superpõe-se uma estrutura socioeconômica inadequada, que justifica o surgimento de propostas que têm como finalidade conduzir às mudanças para um mundo melhor.

Se a ciência é o melhor instrumento, por que não adotar seu paradigma? Assim se faz. O método CENDES/OPAS incorpora como idéia central a eficiência no uso dos recursos. Para conseguir esta eficiência, parte de certos conceitos básicos da ciência econômica (a identificação do problema central de maximizar resultados com recursos fixos ou minimizar recursos com resultados predeterminados) e desenvolve um método que tem alguns pressupostos básicos característicos das ciências físicas e naturais.

O primeiro e mais relevante pressuposto, do ponto de vista de suas conseqüências sobre o enfoque, é que nas ciências físicas e naturais existe um sujeito independente e externo ao fenômeno estudado. No caso do método em questão, este pressuposto mostra-se evidente quando se observa que o planejador não guarda relação com o todo social nem com o sistema de saúde em particular. Este último é considerado pelo planejador como um sistema-objeto controlável, dentro de certas limitações mencionadas mais adiante.

O sistema-objeto caracteriza-se por seguir comportamentos mais ou menos estáveis e previsíveis. Obedece a causalidades que podem chegar a ser conhecidas e enunciadas em leis que, no pior dos casos, são probabilísticas.

Se existem leis que relacionam causas e efeitos, é possível e necessário realizar um diagnóstico que, ao descrever as variáveis e os parâmetros, permita determinar em que medida os valores das variáveis independentes comprometem os valores ótimos do ponto de vista da maximização de resultados, ou em que medida os resultados observados se distanciam dos ótimos possíveis. Em ambos os casos existem problemas. Como o sistema-objeto é regido por leis, o diagnóstico

só pode ser único do ponto de vista das variáveis a considerar, e estas só se alteram à luz de novos conhecimentos. Dois ou mais observadores (planejadores) não podem deixar de observar, num mesmo momento, os mesmos fatos e os mesmos problemas. Qualquer discrepância pode ser explicada pela potência dos instrumentos utilizados ou por erros próprios do observador (planejador).

Sendo o conjunto de problemas único e obedecendo a leis causais, é possível formular a hipótese da existência de um conjunto de soluções ótimas, em relação ao qual qualquer conjunto de soluções é pior.

Como conseqüência já não do paradigma científico, mas sim do paradigma econômico selecionado, o ótimo estará dado pelo melhor uso dos recursos disponíveis, ou seja, destinando-os às atividades em que o produto (medido em dinheiro) seja maior do que em qualquer outra aplicação alternativa.

Até aqui, o método funciona como um sistema conceitual fechado, embora em alguns momentos dê lugar a certas flexibilidades, provavelmente mais como conseqüência do 'estado da arte' do que por pressupor que o arsenal teórico pudesse não ser totalmente adequado à realidade. Contudo, seria menosprezar a inteligência dos autores acreditar que não previam uma possibilidade de ajuste da proposta 'científica' à realidade. Esta adequação estava prevista, embora não integrada ao arsenal metodológico, e corria por conta do político, que, conhecendo as soluções propostas, poderia intervir, modificando metas ou prioridades segundo sua racionalidade 'não-científica'. Ao planejador ficava reservado, como último argumento para defender sua posição, mostrar ao político o número de mortes que seriam provocadas pelo fato de não ter sido escolhida a solução ótima.

Deve ficar claro que o descrito é apenas uma leitura do método e não um resumo do mesmo, de tal maneira que são possíveis outras leituras e interpretações.

De todas as maneiras e talvez contra a vontade de alguns de seus autores, o método CENDES/OPAS constitui referência obrigatória para o planejamento em saúde ao longo de quase uma década. Centenas de planejadores foram formados com o propósito de aplicá-lo. Mas o sonho começou a desvanecer-se. O assassinato de Kennedy, a destituição de Kruchev, a morte de João XXIII, o bloqueio a Cuba, a revolução de 1964 no Brasil e a de 1966 na Argentina eram manifestações que prenunciavam a crise que viria a se instalar no mundo a partir da primeira metade dos anos 70.

Em outubro de 1972, por ocasião da III Reunião de Ministros da Saúde em Santiago do Chile, circulava a versão de um documento científico da OPAS que fazia as seguintes considerações sobre o método CENDES/OPAS: "o planejamento

em saúde não produzia o desenvolvimento e os resultados esperados”, “a relação com os níveis decisórios não havia sido satisfatória, principalmente devido à falta de comunicação intelectual entre o político e o planejador”.

Até fins dos anos 60, o discurso do planejamento em saúde incorporava como princípios a organização dos serviços de saúde e a ampliação da cobertura, obedecendo, segundo Uribe (1989), à existência de dupla determinação: por um lado, a crise fiscal, que obrigava a racionalizar o setor; por outro, a característica privatista das “políticas de estabilização na área social, que introduziram o descontrole normativo do setor, afetando a viabilidade do planejamento global”.

O aparecimento desses princípios coincide com a ascensão de movimentos progressistas em vários países da América Latina (Velazco Alvarado, no Peru, Allende, no Chile, Torres, na Bolívia, Cámpora/Perón, na Argentina), possibilitando maior expressão dos movimentos sociais que reivindicavam maior participação nos processos decisórios. Esta situação influenciou as discussões da III Reunião de Ministros e cristalizou-se, de alguma forma, no Plano Decenal das Américas aprovado pelos ministros.

O Plano Decenal, ao reconhecer o direito universal à saúde por parte dos povos, institucionaliza a extensão de cobertura das ações de saúde às áreas rurais e às periferias urbanas marginalizadas. Ao lado da ênfase na recomendação quanto à integração das múltiplas instituições que atuam no setor, reforça-se o papel do Estado na formulação de políticas setoriais. Finalmente, deve-se mencionar o surgimento de uma proposta de planejamento participativo, que, embora de cunho instrumentalizador, propunha incorporar a população na organização e execução das atividades de saúde.

A interpretação dos resultados da III Reunião de Ministros não se restringe ao entendimento de suas proposições como meras formas destinadas a obter a racionalização econômica dos recursos empregados no setor saúde. O Plano Decenal foi além, apontando diretrizes que abarcavam desde a política (equidade, papel do Estado) até a esfera organizacional (regionalização, hierarquização, integração).

O Plano é mais um passo no caminho que vai desde a consideração do setor como um sistema isolado do sistema social, até o tratamento do mesmo como um componente mais social e, portanto, não isolado desta globalidade.

Porém, pouco dura a primavera progressista. Em 1973, quase dez anos depois do movimento de 64 no Brasil, inaugura-se, com a queda de Allende no Chile, a implantação de uma série de regimes burocrático-autoritários (segundo a terminologia de Guillermo O’Donnell), que alteram a correlação de forças na América Latina.

Em 1974, a crise internacional provocada pelo aumento dos preços do petróleo põe em xeque toda uma concepção de mundo. Os efeitos desta crise são sentidos até hoje, principalmente em dois aspectos: primeiro, a revolução energética resultante do avanço tecnológico que incrementa o rendimento historicamente observado, marcando um caminho que não passa pela troca de um combustível por outro (carvão por energia elétrica), mas sim pelo incremento da produtividade a partir da inovação. O segundo aspecto relaciona-se às mudanças que ocorrem no mercado financeiro internacional como resultado da grande afluência de 'petrodólares'. Uma das conseqüências deste fato pode ser dimensionada pelo desmedido aumento da dívida externa de muitos países latino-americanos.

É nesta conjuntura que, em 1975, o Centro Pan-Americano de Planejamento em Saúde (CPPS/OPAS) publica o documento 'Formulación de Políticas de Salud', que significa um passo fundamental no sentido de deslocar a discussão do planejamento setorial do âmbito da microeconomia para o âmbito político. Com este propósito, os autores do documento buscam sustentação nas ciências políticas e sociais, embora não recorram para isso a um único paradigma, já que no documento existem posições que vão desde um certo funcionalismo até o uso de algumas categorias que evocam uma base estrutural-histórica. Sem dúvida, o documento situa o planejamento no terreno da política. Apesar de certa normatividade e linearidade, a proposta representa um salto qualitativo importante em relação ao método CENDES/OPAS.

A seqüência apresentada para a elaboração do plano - "diagnóstico, imagem-objetivo, formulação de proposições preliminares, estratégia, formalização do plano" - possibilita aos autores a introdução sistemática de novos conceitos que ajudam a contextualizar o processo político.

Tanto o diagnóstico quanto a construção da imagem-objetivo, reconhecida como uma produção ideológica, vão nutrir-se do reconhecimento explícito da existência de conflitos no interior do sistema social. Tais conflitos, que têm origem na existência de necessidades não satisfeitas no nível individual, serão processados, seja por grupos de pressão ou pelo próprio Estado, como demandas políticas. A autoridade política (Governo) as atenderá de acordo com um quadro de valores que leva em conta seus interesses particulares.

Contudo, a consideração de uma fase estratégica, precedida de uma análise de viabilidade política das proposições preliminares, em que são identificados adversários e aliados, introduz uma ruptura epistemológica em relação à visão normativa e cientificista (tecnocêntrica), na qual o planejador reinava absoluto num mundo 'coisificado', onde não existiam outros atores, e o conflito não era sequer pensado.

Ao conceituar a estratégia, seguindo as palavras de Beaufre, como uma “manobra destinada a ganhar liberdade de ação”, os autores realçam o fato de que o planejamento tem lugar num meio onde antagonismos e conflitos desempenham papel preponderante.

A aceitação da existência de adversários (inimigos) e aliados com poderes e interesses que se alteram ao longo do tempo, permitindo a configuração de diferentes alianças segundo a seqüência de objetivos proposta, conduz, quase naturalmente, à não-unicidade da solução.

Como apreciação global do documento, pode-se dizer que, apesar da ênfase dada à instrumentalização do poder da autoridade política, cuja legitimidade não se discute, bem como da normatividade do enfoque estratégico adotado, constitui um dos elementos que prenunciam a aparição do atual enfoque estratégico do planejamento em saúde.

Pode-se considerar que o documento ‘Formulación de Políticas de Salud’ põe fim a um primeiro grande movimento de planejamento em saúde na América Latina, que se caracteriza por:

- atraso na incorporação de noções, conceitos e enfoques originados em outras áreas do conhecimento (economia, sociologia, ciências políticas). Tal atraso conduziu à absorção de paradigmas já superados em seus âmbitos específicos;
- uma progressiva e permanente incorporação de novos espaços para o entendimento da determinação dos problemas de saúde, levando a ultrapassar a esfera restrita do setor, integrando seu entorno mais imediato (intersectorialidade) e, por fim, a sociedade como um todo;
- predomínio da lógica formal e do método científico tradicional, provocando um tratamento linear e prescritivo de problemas e situações;
- privilegiamento de uma visão centrada no espaço do aparato governamental, pressupondo um alto grau de hierarquização e concentração do poder setorial.

Esta primeira fase do planejamento em saúde entrará em crise na segunda metade da década de 70, quando o predomínio dos regimes burocrático-autoritários passa a limitar as ações das oficinas de planejamento. A perseguição política que acompanhou a instauração e consolidação destes regimes levou, dentre outras conseqüências, a um intenso êxodo de planejadores, que, em outros contextos e outras realidades, passam a rever profundamente o pensamento sobre o processo de planejamento e seus determinantes.

A CONCEPÇÃO ESTRATÉGICA NO PLANEJAMENTO EM SAÚDE

No final da década de 70 e início dos anos 80, assistiu-se, na área de saúde, ao surgimento de um modo diferente de encarar o planejamento, como resultado, dentre outras causas, das críticas e fracassos que se acumularam sobre a visão normativa, propagada até então.

O novo paradigma surge, no âmbito do planejamento, numa conjuntura de substituição dos regimes burocrático-autoritários por novos governos, que têm aspirações e compromissos com a redemocratização de seus países. Isso permite abrir espaços para a discussão e proposição de políticas sociais, tanto nas esferas de governo quanto na sociedade civil, orientadas no sentido de buscar diminuir a dívida social que estas sociedades acumularam com os setores marginalizados ou preteridos.

Antes de detalhar os diversos enfoques da corrente estratégica de planejamento em saúde, convém repassar os elementos comuns que permitem considerá-los como parte do novo paradigma.

Em primeiro lugar, constata-se que só tem sentido falar de estratégia quando há um conflito, virtual ou real. Uma proposição estratégica necessita, pelo menos, de um oponente cujo curso de ação, que tem relação com os movimentos do ator-protagonista, admite no mínimo duas opções, nenhuma das quais totalmente determinada pela ação compreendida pelo ator-protagonista. Esclarecendo melhor o conceito, neste tipo de conflito não existe uma lei que determine unívoca ou probabilisticamente a reação correspondente a cada ação. O reconhecimento do conflito é o primeiro ponto comum que caracteriza o enfoque estratégico.

Outro elemento, que marca o corte epistemológico existente entre a visão estratégica e a normativa, é o modo de tratar-se o planejador. No planejamento normativo, o planejador atua como agente externo sobre um sistema-objeto que supostamente obedece a leis do tipo estímulo-resposta. Não existem outros atores, nem conflitos, no espaço considerado. O enfoque estratégico pressupõe que quem planeja é um ator social, ou seja, nas palavras de Carlos Matus (1987), “é uma personalidade, uma organização ou um grupamento humano, que de forma estável ou transitória tem capacidade de acumular força, desenvolver interesses e necessidades produzindo fatos na situação”.

Entretanto, o ator social (ator-protagonista) que planeja é considerado parte do sistema planejado, com o qual se inter-relaciona mediante determinantes e condicionantes. Não se trata de um observador externo, mas sim de alguém que ocupa um lugar determinado no processo e no sistema, de tal modo que suas percepções, teorias, saberes e, em última instância, ideologia são fortemente

influenciados por sua inserção e por sua história. Aceita a singularidade da posição do observador no sistema, deve-se admitir a existência de uma variedade de explicações e diagnósticos, pelo menos de ordem igual à do número de atores que exercitam o planejamento. A consequência trivial desta observação é que não existe um único diagnóstico.

A identificação do planejador como um ator social do sistema planejado a que pertence e com o qual interage e, como decorrência, a aceitação da existência de mais de uma explicação diagnóstica constituem um segundo elemento do enfoque estratégico.

O sistema sobre e com o qual trabalha o enfoque estratégico é um sistema social que, dentre outras características, possui os atributos de ser histórico, complexo, mal definido e incerto.

Os sistemas sociais, enquanto objetos de reflexão e análise, são produtos de um sistema de idéias ou, em sentido amplo, de ideologias que dão forma e estrutura à realidade, em função da visão própria do ator-protagonista. Este último busca dar um sentido à realidade, a fim de compreendê-la e dimensioná-la de acordo com as concepções de mundo que conformam sua matriz de conhecimento. Segundo Morin (1982), “os sistemas de idéias, ou ideologias, permitem ver o mundo e também proporcionam visões de mundo”.

A possibilidade de gerar, ampliar ou modificar os conhecimentos sobre o mundo real surge quando se aborda a realidade por meio de um procedimento apropriado de conhecimento, uma teoria que permita não apenas estruturar, mas também dar coerência e consistência ao conjunto de informações coletadas. Dado que o mundo real se transforma ao longo do tempo (é histórico), as categorias mediante as quais se pensa o real, por serem abstrações desta realidade, também se alteram e, portanto, também são históricas.

A complexidade dos sistemas sociais surge do número elevado de elementos que podem ser definidos separadamente no sistema e também pelo número, muito maior, de maneiras pelas quais esses elementos se relacionam. Deve-se destacar que, dada a noção de sistema social que está sendo utilizada, esse número de elementos distintos, bem como o número de relações que devem ser consideradas dependerão da seleção que previamente se fez dos mesmos.

À complexidade própria dos sistemas sociais, soma-se a característica de não serem bem definidos, ou seja, estes sistemas são compostos por um número elevado de elementos que não são todos conhecidos; nos casos dos elementos cujas relações são conhecidas, estas raras vezes são identificadas, e, quando o são, isto não ocorre com a precisão suficiente para definir a ação. Como corolário

desta situação, conclui-se que os problemas que se manifestam nos sistemas sociais são predominantemente do tipo 'quase-estruturado'. Tais problemas caracterizam-se por não serem definidos nem explicados com precisão; portanto, não é possível resolvê-los, e, quando, no melhor dos casos, se tem alguma idéia das opções possíveis para superá-los, não se conta com um critério que ajude a eleger entre cursos de ação alternativos.

A incerteza que caracteriza os sistemas sociais é, em parte, resultante das categorias de indefinição e complexidade. Os elementos que compõem estes sistemas não têm comportamentos puramente reativos: são criativos. Assim, é impossível prever estados futuros, decidir com a certeza de não equivocarse ou calcular as respostas que se seguirão a determinados cursos de ação.

Em síntese: o enfoque estratégico pressupõe a existência de sistemas sociais históricos, complexos, não bem definidos e incertos.

O paradigma estratégico estrutura-se principalmente em função das premissas enumeradas. A partir do tratamento particularizado dado a estas mesmas premissas, surgem, na área de saúde, três vertentes básicas do enfoque estratégico: o pensamento estratégico de Mário Testa, o planejamento situacional de Carlos Matus e o enfoque estratégico da Escola de Medellín.

O Pensamento Estratégico

Mário Testa chega à formulação do pensamento estratégico após percorrer um longo caminho, que tem início com os trabalhos que dão origem ao método CENDES/OPAS (1962). Desde então, vem buscando incessantemente a criação de instrumentos de reflexão-ação que possibilitem a transformação da sociedade e da saúde, que é seu interesse declarado. Nesta busca, passou por diversas instituições, que incluem o CENDES, o Centro Pan-Americano de Planejamento em Saúde e a Faculdade de Ciências da Saúde de Buenos Aires, onde desempenhou as funções de diretor. Suas inquietudes têm também relação com sua passagem, reiteradas vezes, pela maioria dos países da América Latina, tendo colaborado com os processos transformadores e recebido elementos da complexa realidade latino-americana que realimentaram suas reflexões.

Para Testa, o centro da problemática estratégica é o poder. Não qualquer poder, mas sim o que é, ou pode ser, exercido na ação consciente do povo que luta por sua liberdade. Neste sentido, Testa concorda com Habermas, já que o plano deve ser "uma estrutura comunicativa que devolva ao povo as ferramentas científicas necessárias à sua libertação".

A partir desta concepção básica que norteia sua ação e reflexão, Testa constrói um modo de pensar que reconhece o Estado como a arena onde se estabelece e se dirime o conflito entre forças sociais e entre frações de classe que lutam pela hegemonia. Assim, nas sociedades modernas, encontram-se “espaços sociais virtuais que podem converter-se em espaços reais de luta política”. A concretização desta afirmação encontra-se na “democracia formal que postulam os países capitalistas democráticos”.

Testa define ‘política’ como uma proposta de distribuição de poder, e ‘estratégia’, como a forma de colocar em prática uma política, entendendo que não se trata de uma distinção entre fins e meios, mas sim de um mesmo processo no qual fim e meio se integram num todo do qual as definições dadas destacam apenas aspectos operativos do que se pode denominar ‘o manejo da coisa pública’.

Segundo Testa, no processo de planejamento, não se deve construir uma imagem-objetivo. Deve-se procurar iniciar um processo de conteúdo transformador no terreno da saúde (política setorial) e cujo universo só pode ser a estratégia global que, abarcando o conjunto do social, condiciona e determina o setorial. Um segundo elemento sobre o qual Testa se apóia para construir sua base conceitual é seu ‘postulado de coerência’, que estabelece a existência de uma relação necessária entre “propósitos, métodos para alcançá-los e organização das instituições que se encarregam de fazê-lo”. Nos países subdesenvolvidos, capitalistas e dependentes, o modo como ocorre esta relação necessária é o seguinte: os propósitos do governo determinam os métodos utilizados; estes condicionam os propósitos que também determinam e são condicionados pela organização; os métodos também determinam a organização e são condicionados por ela.

Os componentes da primeira instância do postulado – propósitos, método e organização – têm determinações que se correspondem com os componentes da segunda instância, que, segundo Testa, são: o papel do Estado, que determina os propósitos do governo; a teoria, que determina os métodos; e a história, que determina a organização. Por sua vez, e em seu plano respectivo, a história determina a teoria e o papel do Estado, e este determina a teoria, completando o círculo.

Desta peculiar configuração, depreende-se que os componentes mais determinados são, em primeiro lugar, a organização e, em segundo lugar, o método. A consequência, extraída por Testa, das condições em que se expressa o postulado de coerência é de que o “método deve permitir sua revisão crítica de maneira contínua (...). O que significa dizer que o método deve ser o menos normativo possível”.

A organização, seja enquanto instituição, seja enquanto ator social primário, é o espaço social onde se materializa o poder social. Testa distingue

dois eixos, sobre os quais o poder deve ser considerado: o dos resultados específicos e o dos tipos de poder. O primeiro eixo relaciona desde o poder cotidiano até o poder societário, os quais se articulam ao longo dos diversos espaços sociais. A dimensão 'tipo de poder' é específica e está relacionada com o tipo de atividade: no caso da saúde, tem-se o poder técnico (informação), o poder administrativo (recursos) e o poder político (grupos sociais). Para Testa,

Poder técnico é a capacidade de gerar, acessar e manejar informações de distintas características. Poder administrativo é a capacidade de apropriar-se e designar (alocar) recursos. Poder político é a capacidade de mobilizar grupos sociais para reivindicar necessidades ou interesses.

Os diversos modos com que se combinam os tipos de poder e as formas que assumem apontam o caminho a percorrer para construir um poder de classe, quer dizer, um poder político, que, sendo de um nível diferente dos outros, tem maior hierarquia e os subordina.

Atualmente, Testa mostra em seus trabalhos uma preocupação maior com os aspectos relacionados à realização de ações nos serviços ou nível de organização setorial, desde o ponto de vista de sua viabilidade, até seu impacto na distribuição de poder dentro e fora do setor. Desta maneira, articula-se a parte programática (ações) e a estratégica (poder) da proposta. Nesse sentido, destaca-se o esforço empreendido por Testa na explicitação dos diversos e diferentes níveis e planos de clivagem que conformam a estrutura setorial e na identificação de conflitos e contradições inerentes ao próprio objeto de trabalho e à especificidade que nele adquirem as tensões entre grupos sociais.

O Planejamento Situacional

O planejamento estratégico é abordado criativa e originalmente por Carlos Matus, economista chileno que iniciou seus trabalhos críticos na Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL, 1968), mediante a realização da análise da programação econômica normativa, propondo sua substituição pela estratégica.

Sua polêmica com os planejadores tradicionais (normativos) da economia vem, desde então, passando por sua participação no governo de Salvador Allende no Chile (1970-73), sua prisão por Pinochet e seus trabalhos realizados principalmente no CENDES (Venezuela). O enfoque de Matus é altamente pragmático, tem bases no marxismo, mas aceita aportes que vão desde Weber e Von Clausewitz até Beer, Ackoff e Gadamer.

A preocupação central que orienta o pensamento de Matus surge de sua constatação da crise de governabilidade que assolava os governos latino-americanos. Portanto, sua reflexão e conseqüente proposta para a ação centram-se na necessidade de aumentar a capacidade de governar. Neste sentido, o planejamento é entendido como um instrumento a serviço da libertação dos seres humanos, já que favorece a intenção de submeter os acontecimentos e seu curso à vontade dos homens, impedindo que estes sejam conduzidos e procurando que se transformem em condutores.

Governar exige que se articulem permanentemente três variáveis: o projeto de governo, a capacidade de governo (condução) e a governabilidade do sistema (pelo ator-protagonista). A intenção de Matus é justificar e desenvolver um conjunto de técnicas, métodos, destrezas e habilidades que permitam ao ator-protagonista em situação aumentar suas capacidades de direção, gerência, administração e controle do sistema social em questão.

Matus identifica os pobres resultados do planejamento na América Latina com o fundamento básico do planejamento normativo (“o ator que planeja está fora ou sobre a realidade planejada e não coexiste nesta realidade com outros atores que também planejam”), que conduz a uma prática economista e tecnocrática isolada do processo de governo e da razão política. Ao substituir este pressuposto por seu correspondente estratégico (“o ator que planeja está dentro da realidade e ali coexiste com outros atores que também planejam”), Matus formula seis postulados que servirão de base para sua proposta estratégica:

- o sujeito (planejador) não é distinto do objeto (sistema planejado);
- existe mais de uma explicação verdadeira;
- os atores sociais criam possibilidades num sistema social criativo que só em parte está sujeito a leis;
- o poder é escasso e limita a viabilidade do ‘deve ser’;
- a incerteza domina o sistema social;
- o plano refere-se a problemas quase-estruturados.

À luz destes postulados, Matus formula o “método de planejamento situacional”, aplicável aos casos de governos democráticos nos quais existem diversos atores sociais em situações de poder compartilhado.

Matus (1987) elabora o método tomando como ponto de partida a situação (“realidade explicada por um ator, que nela vive, em função de sua ação”). Ação, situação e ator formam um todo complexo, que não pode ser desagregado em seus elementos componentes.

Para explicar uma situação, é preciso recorrer a três planos articulados por determinantes e condicionantes. O plano em que se produzem os fatos (fluxos de eventos, fluxos de produção), como resultados da capacidade de produção social, que é o plano da realidade em que os fatos, ou fluxos de produção, podem ser verificados como resultados das acumulações sociais que se processam no segundo plano, onde se situam os atores sociais que produzem fatos, e os que, por sua vez, são socialmente produzidos por estes fatos. A estes dois planos ou esferas fenomênicas soma-se um terceiro plano, que é o nível de última instância da explicação, em que, também por acumulação social, se estabelecem regras básicas, segundo as quais são determinadas as características de toda a situação.

Para dar conta dos desafios que acompanham a implementação de mudanças situacionais num espaço onde se enfrentam forças sociais que se somam, opõem ou antagonizam, Matus propõe um método de planeamento centrado em problemas e em operações, que deverão ser desencadeadas para enfrentá-los. Este plano terá uma estrutura modular. Distinguem-se três tipos de módulos:

- explicativos, que permitem realizar, de forma descentralizada, tarefas para conhecer a realidade e identificar as causas dos problemas nos diversos espaços de ação;
- módulos de ação, que são operações que transformam o plano numa série de compromissos que devem ser cumpridos;
- e os módulos O-P, que articulam como ‘subplanos’ as operações e os problemas, com definição de responsabilidades institucionais, permitindo uma organização descentralizada para a ação.

A Escola de Medellín

Esta vertente do planeamento estratégico vem sendo desenvolvida, fundamentalmente, pela Faculdade Nacional de Saúde Pública de Antioquia, Colômbia, com sede em Medellín. Por esta razão e por constituir um enfoque consistente da problemática do planeamento em saúde, a identificamos com a Escola de Medellín.

Esta escola, que tem em Barrenechea e Trujillo Uribe seus nomes mais destacados, representa a continuidade de um pensamento no interior do campo da saúde, cujas origens remontam ao começo dos anos 60 e que, ao longo de quase vinte anos, condicionou o agir da área de planeamento da OPAS. Foi nesta época, início da década de 60, que o planeamento setorial se incorporou ao planeamento do desenvolvimento econômico-social.

O planejamento setorial acompanha as marchas do processo de planejamento global, embora não de forma sincrônica. Em 1972, a III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas consagrou a extensão de cobertura dos serviços de saúde, destacando a necessidade de incrementar o papel do planejamento, o qual deveria vincular-se ao desenvolvimento econômico e social, flexibilizando enfoques e métodos para adaptar-se às circunstâncias concretas e incorporar a população no processo.

Nessa época, ocorre também a incorporação dos conceitos de 'desenvolvimento unificado' e dos conceitos produzidos no debate sobre uma 'nova ordem econômica internacional'. As proposições da III Reunião de Ministros se consolidaram na IV Reunião (1977), quando foram elaboradas as linhas mestras do pensamento que guiaram as concepções e os conteúdos da contribuição das Américas à Reunião de Alma-Ata.

Como antecedentes mais imediatos da Escola de Medellín, podem ser apontadas as Estratégias e o Plano de Ação para alcançar a saúde para todos no ano 2000 (SPT/2000) nas Américas e os trabalhos da administração estratégica desenvolvidos a partir da crise econômica de 1974. A adoção da atenção primária como principal estratégia para alcançar SPT/2000 consolida uma reflexão pragmática orientada para a elaboração de instrumentos aptos para a ação dos agentes inseridos no nível central das instituições estatais do sistema de saúde, que têm a responsabilidade de planejar e administrar os processos decisórios.

Reconhecendo a especificidade que deve nortear o tratamento das questões sociais, a Escola de Medellín usa como argumento para realizar suas reflexões a proposta de SPT/2000 e as estratégias regionais para sua implementação, destacando que, se outro fosse o argumento, outras também seriam as conclusões com as quais se defrontariam.

Partindo deste argumento, situam-se, como objeto do processo de planejamento, os 'espaços-população', entendidos não só como área geográfica, mas, sim, como um espaço complexo, histórico e multidimensional (físico, geográfico, demográfico, epidemiológico, econômico, social, cultural e político), no qual habitam grupos humanos suficientemente homogêneos entre si quanto às condições de vida e, em decorrência, quanto às suas necessidades básicas, dentre as quais as de saúde.

Estes 'espaços-população' estão inseridos num sistema social que se caracteriza por ser histórico, complexo, fragmentado, incerto e em conflito.

São essas características dos sistemas sociais, e em particular do sistema de saúde, que justificam a adoção do enfoque estratégico do planejamento e da administração.

Em relação à proposta de SPT/2000, o objetivo estratégico é a diminuição das desigualdades de acesso ao sistema de saúde, sendo adotada a estratégia da atenção primária, que afeta e compreende todo o sistema de saúde e toda a população que este sistema supõe servir.

A partir destes argumentos, elabora-se uma série de proposições que problematizam o campo da prática do planejamento. Basicamente, consideram-se os seguintes elementos:

- o planejamento do sistema de saúde deve ser coerente com o estilo de desenvolvimento nacional, uma vez que se desenvolve no interior do aparato do Estado;
- reconhecimento de forças em luta e do conflito como inerentes ao sistema social;
- plano como argumento de negociação intra e inter-setorial;
- exploração de cenários futuros;
- construção de opções estratégicas e sua negociação como formas de viabilizar o plano;
- a necessidade de articular o plano (o 'deve ser') com a prática leva a impor a condição da transformação administrativa, de maneira que também seja estratégica;
- participação de todos os atores sociais envolvidos em todos e em cada um dos momentos do processo de planejamento-execução;
- condicionamento dos processos de planejamento e administração, enquanto estratégicos, às avaliações, à monitoria estratégica, ao controle das rotinas e à investigação avaliativa;
- reconhecimento da necessidade de formular teorias e hipóteses que sirvam como marco de referência necessário, tanto para a interpretação do processo saúde-doença e seus determinantes, quanto para os aspectos relacionados à eficácia social da intervenção setorial;
- identificação de dimensões dinamizadoras da transformação, cuja problemática deverá ser elaborada por meio de estratégias de ataque diferentes do conjunto de ações.

BREVES COMENTÁRIOS SOBRE O ENFOQUE ESTRATÉGICO

Em decorrência das questões apresentadas, surgem, segundo nosso entendimento, três aproximações estratégicas que se estabelecem em três diferentes planos da realidade. Na que denominamos pensamento estratégico, Testa aborda o problema em seus aspectos estruturais, localizando nas questões relativas ao poder o ponto de partida de sua construção epistemológica. Nesse sentido, se conforma enquanto pensamento diretor de um 'que fazer' que reconhece na libertação de um povo sua razão de ser. Enquanto pensamento estratégico, baseia-se num modo de ver o mundo que subordina métodos e organização. Assim, o método interessa mais como espaço de intervenção estruturador da organização do que como mera instância metodológica. O método é problematizado politicamente (ontologicamente) e não apenas desde o saber epistêmico.

Já o planejamento situacional busca espaço no mundo das determinações fenomênicas de segunda instância, enquanto mediadoras das regras essenciais e do mundo dos epifenômenos. Refere-se ao governo não como área de construção do poder societário, mas, sim, como instituição. Sua preocupação principal é dotar de cientificidade o processo decisório, objetivo que conduz à supervalorização do papel da ciência no espaço político, resultando, ao menos aparentemente, na subordinação do político ao metodológico. Isto possibilita, ao menos em teoria, certa manipulação da realidade, o que debilita o nível inovador e questionador da proposta. Tal fato manifesta-se sobretudo no último trabalho de Matus, em que, ao deixar de lado a estruturação ideológica, a proposta surge como uma coleção de conceitos operacionais, de métodos e de técnicas.

A Escola de Medellín ocupa um terceiro âmbito: o dos fenômenos. Neste sentido, sua preocupação central está dirigida aos métodos e técnicas e não às suas determinações, colocando-se numa perspectiva (situação, diria Matus) institucional setorial marcada pelo processo histórico já descrito. Não obstante as limitações assumidas, apresenta potencial de desenvolvimento para fornecer elementos que, modificando a prática, podem alterar as determinações de ordem institucional.

Contudo, o enfoque ressent-se da falta de um marco teórico, o que leva a aconselhar que toda apropriação do mesmo deve ser realizada à luz de uma teoria que lhe confira direcionalidade.

Estas brevíssimas considerações pretendem explicitar as virtudes e defeitos de cada uma das vertentes e não constituem críticas profundas, o que nos livra de ter que propor uma alternativa. Assim, sem que chegue a ser uma proposta acabada, apenas nos aventuramos a sugerir que da articulação dos três planos em que se dão as propostas podem surgir pistas que permitam elaborar uma teoria unificadora que facilite a abordagem consistente dos espaços identificados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FORMULACIÓN de Políticas de Salud. Santiago, Chile: CPPS/OPS, 1975.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Programación de la Salud: problemas conceptuales y metodológicos*. Washington, D.C., 1965. (Publicación científica, 111)
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Planificación de Salud en América Latina*. Washington, D.C., 1973. (Publicación Científica, 272)
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Salud para Todos en el Año 2000: estrategias*. Washington, D.C., 1980. (Documento oficial, 173)
- MATUS, C. *Política, Planificación y Gobierno*. Caracas, 1987. (Mimeo.)
- MORIN, E. *Para Salir del Siglo xx*. Barcelona: Kairos, 1982.
- URIBE, F. J. *O Planejamento em Saúde na América Latina: revisão crítica*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1989. (Mimeo.)



A GESTÃO DO TRABALHO NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE: ELEMENTOS PARA UMA PROPOSTA*

José Paranaguá de Santana

INTRODUÇÃO

A operação dos serviços de saúde no Brasil apresenta uma série de deficiências, cujas origens devem ser buscadas em diferentes campos, num enfoque bem amplo. Este trabalho abordará apenas o aspecto de recursos humanos, especificamente as formas de sua utilização nos estabelecimentos de saúde, ou seja, as práticas de gerência do trabalho nesses serviços.

Há um amplo consenso sobre a necessidade de superar entraves e limitações dos processos gerenciais de recursos humanos tradicionalmente adotados pelas instituições de saúde. Para isso, é indispensável elaborar propostas e trabalhar sua viabilidade, buscando sempre a inovação e o aperfeiçoamento das práticas de administração do trabalho nos serviços de saúde.

O objetivo deste artigo é contribuir para a discussão acerca da gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde, a partir da análise das características das organizações desse setor, apresentando uma proposta para superar os estrangulamentos que dificultam o alcance de patamares mais elevados de produtividade com qualidade nesses serviços.

A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A análise das organizações de saúde é de fundamental importância para abordar a gestão do trabalho ou mesmo a gestão desses serviços como um todo. Com base na interessante discussão desse tema feita por Dussault (1992: 8-19), serão analisadas três perguntas, cuja formulação pretendeu abarcar as diferentes dimensões consideradas por aquele autor:

* Texto retirado do livro *Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde - CADRHU*, organizado por José Paranaguá de Santana e Janete Lima de Castro. Natal: EDUFERN, 1999. (Reprodução autorizada pelo autor).

- quais são os elementos essenciais das organizações que produzem serviços de saúde?
- quais os desafios atuais para a gestão dessas organizações?
- qual a importância da gestão do trabalho na vida dessas organizações?

Além dessas perguntas, interessa abordar certas especificidades do trabalho em saúde, cuja análise é indispensável à compreensão das relações de trabalho nesse setor, fornecendo bases para a formulação de propostas e a execução de qualquer intento gerencial.

Características dos Serviços de Saúde

O sucesso de uma organização depende, em maior ou menor grau, do empenho de cada um de seus integrantes. No caso das organizações de saúde, essa observação se aplica de modo radical, porque elas dependem, utilizando as expressões de Dussault (1992: 11), “de seus operadores, em primeiro lugar”, e são “organizações profissionais”, onde “o saber e as habilidades são formalizados através do processo de formação e as normas definidas pelas associações profissionais”.

O significado prático da afirmação anterior está presente no cotidiano de todos os que trabalham nos estabelecimentos de saúde, tanto dos que realizam as atividades, como dos responsáveis pela direção da instituição. Os primeiros, os ‘operadores’, têm, muitas vezes, apenas uma difusa idéia dessa questão, mas seu comportamento não deixa dúvidas a esse respeito, pois preservam, com todo o zelo, os limites de autonomia possível em cada ato de seu trabalho. Os dirigentes, ainda quando não se apercebam formalmente daquele conceito, reconhecem que seu papel no desempenho final da organização é muito limitado, restringindo-se apenas à mobilização dos recursos e das condições o mais possível adequadas a seu funcionamento. Quem decide a indicação de medicamentos, equipamentos e outros insumos? Quem administra seu uso? Como o faz? Quem poderia controlar sua aplicação adequada e econômica? Não há dúvida de que as respostas apontarão os responsáveis pela execução direta das atividades, demonstrando que o verdadeiro controle de todo o processo produtivo depende dos diversos profissionais que operam os serviços, aqueles que estão ‘na ponta da linha’. Esse enfoque corresponde, sob a ótica da ciência administrativa, ao que tem sido analisado por outros autores, numa trilha mais influenciada pela economia política, constatando-se a relevância, ou melhor, a transcendência do trabalho no processo de produção de serviços de saúde (Nogueira, 1991: 15-27).

Outra característica das organizações sanitárias ressaltada por Dussault decorre do fato de que os “serviços produzidos atendem a necessidades multidimensionais e são difíceis de avaliar” (Dussault, 1992: 13). Essa questão, que vem ocupando as atenções de muitos há bastante tempo, adquiriu renovado interesse na era atual, em virtude de dois fatores: a elevação da consciência individual e coletiva com relação a tais necessidades e o avanço dos direitos sociais quanto a seu atendimento. A discussão sobre a adequação da oferta de serviços de saúde no contexto da modernidade das relações sociais passa a ter um participante destacado, o próprio usuário de tais serviços, tradicionalmente apelidado de paciente. Seus interesses passam a ser considerados de uma forma nova, em especial porque vão sendo progressivamente assumidos e advogados pelos próprios usuários, ao mesmo tempo em que se reduz a intermediação historicamente feita pelos profissionais de saúde, mormente os médicos, que sempre se julgaram conhecedores das necessidades de seus pacientes e, portanto, advogados ou árbitros de seus interesses. Esses são tópicos atualíssimos para reflexão e debate no momento em que tanto se fala em gestão de qualidade total e das possibilidades de sua aplicação no campo dos serviços de saúde.

Quanto à avaliação dos serviços, mesmo as metodologias mais tradicionalmente aceitas, assentadas em geral no enfoque epidemiológico ou estatístico, encontram críticas quanto à sua adequação às necessidades objetivas e específicas dos usuários ou quanto à sua utilidade na prática cotidiana dos profissionais de saúde no que diz respeito às decisões de diagnóstico e tratamento e avaliações de prognóstico (Diamond & Denton, 1993: 445-64).

Conseqüência freqüente dessa ‘multidimensionalidade’ das necessidades e das formas de atendê-las é o desencontro ou a falta de sintonia entre as necessidades de saúde e a oferta de serviços, disjunção que muitas vezes se expressa em conflito usuário-prestador, dimensão a seguir abordada sob um prisma adicional.

A prestação de cuidados de saúde é, essencialmente, um serviço público, no sentido mais simples e objetivo de ser uma atividade de interesse do público, ou do povo, já que a todos interessa, num ou noutro momento da vida, valer-se de tais cuidados. Por ser um serviço, aí implicadas as dimensões de consumo e produção, pode-se dizer que sua realização envolve múltiplos interesses, entre os quais se destacam, de um lado, aqueles das diferentes clientela irmanadas pela motivação de seu consumo e, de outro – por ser um serviço complexo cuja oferta resulta da atuação de múltiplos agentes –, os interesses de todos esses agentes, representados, numa classificação simplificada, pelos profissionais e pelos gestores dos serviços.

A abordagem dessas dimensões da organização dos serviços de saúde nos leva a considerar uma de suas mais expressivas características: a presença de variados e, por vezes, divergentes interesses no campo de sua oferta e consumo. Para os objetivos deste texto, interessa destacar a importância dos três parceiros referidos acima (usuários, profissionais e gestores), embora existam ainda outros interessados que, direta ou indiretamente, se fazem presentes no processo de produção-consumo de serviços de saúde, como os setores de fabricação e comercialização de produtos farmacêuticos e de equipamentos, o setor financeiro (por meio da venda de seguros-saúde ou outros planos assistenciais) ou mesmo o setor empresarial de saúde, bastante desenvolvido em nosso país.

Quanto às peculiaridades das organizações de serviços de saúde, cabe destacar também a situação em que estes são oferecidos pelo poder público, quando, ainda no dizer de Dussault (1992: 13), tais organizações “dependem em maior grau do que as demais do ambiente sócio-político. Seu quadro de funcionamento é regulado externamente à organização”, além de estarem expostas à “contaminação burocrática, isto é, o tipo de regulamento desenvolvido na burocracia estatal”. Esses aspectos relativos à interferência de objetivos estranhos às organizações de saúde oriundos do próprio poder público, seja das direções políticas, seja da burocracia governamental, merecem ser ressaltados, pois ajudam a entender as limitações ou dificuldades no desempenho gerencial nos estabelecimentos públicos.

Desafios para a Gestão dos Serviços de Saúde

Há dois referenciais básicos para uma análise atual do aspecto gerencial na área de saúde em nosso país: a gravidade da crise de inoperância dos serviços de saúde ante o volume e as exigências de qualidade das demandas sociais e a fragilidade dos paradigmas administrativos em uso nessas organizações.¹ Com esse enfoque não se pretende fugir da velha discussão sobre a relevância das dimensões políticas sobre os aspectos técnicos do planejamento e operação dos serviços de saúde, mas apenas reconhecer uma situação cada dia mais evidente no cotidiano dos estabelecimentos de saúde: o crescimento da demanda por capacidade gerencial.

O equacionamento dessa demanda por capacidade gerencial inclui, além do delineamento do perfil gerencial desejável e da implementação de estratégias de capacitação adequadas, a busca de novos paradigmas, isto é, a adoção de

¹ Interessante discussão sobre esse assunto, focalizando a gestão no setor público na América Latina, encontra-se em Kliksberg (1988).

novos conceitos e novas práticas de gestão, destacando-se aqui os pontos relacionados à organização do trabalho.

As questões relativas a recursos humanos representam um componente crítico para o delineamento de novos paradigmas gerenciais para os serviços de saúde, em especial na área pública. Todos reconhecem que o desempenho de uma organização depende de seu pessoal. Esse ponto é proclamado em alto e bom som por executivos de todos os setores, sendo muito conhecidas de todos os que trabalham no ramo da saúde as declarações com esse teor dos dirigentes institucionais, em especial no início de suas gestões. Contudo, medidas concretas e eficazes dificilmente são postas em prática, seja por falta ou timidez das decisões políticas, seja porque os esquemas tradicionais não correspondem à complexidade e ao dinamismo dos problemas vigentes. É exatamente por isso que se disse antes que esta é uma área crítica para a renovação das concepções e das práticas gerenciais. Ao tratar desse ponto, vale citar Kliksberg (1988: 70), para quem a política de pessoal resulta na

construção de um sistema administrativo amplo que inclua uma série de rotinas orientadas basicamente para o controle dos funcionários (...). Quando hoje sabemos que, além da logística, uma política efetiva de pessoal implica uma agenda diferente, que contemple temas como a motivação, a participação, a relação entre mercados de trabalho privado e público, o desenvolvimento planejado e contínuo dos recursos humanos, etc.

O que se quer dizer, afinal, é que a reversão do quadro de inoperância dos serviços de saúde, ao passar pela questão da gerência, não deve adiar a discussão e a implementação de medidas que considerem os seguintes pontos:

- reconhecimento do papel central dos profissionais na vida da organização, o que implica, no plano institucional, a prática da administração participativa e, no âmbito do processo de trabalho, a abertura de espaços para a criatividade e a iniciativa do próprio trabalhador, substituindo o controle no desempenho de atividades programadas por outrem pela responsabilização para com os objetivos e as práticas institucionais;
- efetivação de mecanismos regulatórios da autonomia e do corporativismo dos profissionais, o que demanda ações e iniciativas dos gestores que extrapolam as fronteiras dos serviços de saúde, situando-se no campo das negociações com as estruturas do Estado e das organizações corporativas dos trabalhadores.

São esses os requerimentos básicos da nova concepção gerencial para os serviços de saúde no que diz respeito à área de recursos humanos. Como funções

da estrutura organizacional, competem à sua direção e a todos os escalões administrativos, nunca se reduzindo a uma responsabilidade setorizada da área ou do órgão de pessoal, nem tampouco se restringindo à alçada de especialistas ou assessores em desenvolvimento de recursos humanos.

Importância da Gestão do Trabalho

Os argumentos antes considerados atestam a importância do trabalho no processo de produção-consumo de serviços de saúde, o que, naturalmente, dispensaria comentários quanto à importância de sua gerência. O que se pretende neste tópico é discutir alguns aspectos da gestão do processo de trabalho que, com enorme frequência, estão associados ao baixo desempenho das organizações de saúde.

Quais são os objetivos da gerência de recursos humanos nos serviços de saúde? Em vez de apresentar um elenco de afirmações, talvez seja mais prudente, exercitando o método da problematização, abordar este tema por meio de outras perguntas mais específicas:

- quais as formas de intervenção para enfrentar as conseqüências prejudiciais da divisão do trabalho em saúde, que se expressam em desumanização e risco no atendimento, alienação do trabalhador e prejuízo ou desperdício para os serviços?
- como buscar solução para os conflitos ocorrentes na produção dos serviços de saúde resultantes da contradição entre interesses de usuários, trabalhadores e dirigentes/chefias nesses serviços?
- como contrabalançar a influência corporativa dos profissionais de saúde no dia-a-dia dos serviços, quando as estratégias de defesa de seus interesses interferem com o atendimento dos que necessitam de tais serviços?
- como estabelecer, consolidar e aperfeiçoar mecanismos e instrumentos que assegurem a relação entre o contrato de trabalho e a efetiva produção de serviços nos estabelecimentos de saúde, sobretudo no caso do setor público?
- que medidas promover para estimular os trabalhadores a alcançarem seus próprios limites de desempenho, visando à melhoria da produtividade com qualidade na produção dos serviços de saúde?

Esse exercício de problematização nos permite chegar a uma síntese do que seriam os objetivos e, com isso, reconhecer a importância da gestão do trabalho em saúde como o processo destinado a:

- evitar a desumanização e os riscos no atendimento associados à falta de compromisso e motivação dos profissionais;
- mediar os conflitos de interesse que, muitas vezes, surgem nos ambientes de trabalho, tanto dentro da própria equipe profissional como com os usuários;
- contribuir para o controle da produção e da qualidade do atendimento.

Parte das dificuldades na gestão adequada de recursos humanos nos serviços de saúde decorre da regulamentação do trabalho, que não considera as peculiaridades deste setor de atividades. Vejamos alguns exemplos:

- o desempenho de ocupações nos serviços de saúde deveria implicar um compromisso com o atendimento de necessidades e interesses dos usuários; entretanto, não parece haver nada estabelecido nas regras do contrato de trabalho que possibilite a cobrança de tal compromisso, o que, em certa medida, asseguraria os direitos sociais dos usuários, garantidos hoje pela Constituição Federal;
- a instituição de medidas que visem a otimizar o desempenho dos serviços, como o sistema de incentivos à produtividade, esbarra em restrições decorrentes da aplicação de princípios legais do contrato de trabalho. Isto porque não existe uma regulamentação que diferencie tais incentivos, percebíveis em condições específicas de desempenho no trabalho, de outras vantagens incorporáveis de forma permanente como direitos do trabalhador. Situações ilustrativas têm ocorrido quase sempre que gestores de instituições públicas, buscando resolver problemas de inoperância dos serviços, implantaram algum tipo de incentivo funcional; após algum tempo, a percepção dessa vantagem desvincula-se do cumprimento da obrigação de desempenho que a originou, tornando-se parte indissociada da remuneração;
- as práticas de controle do trabalho, destinadas a combater os efeitos prejudiciais da falta de coordenação e integração dos múltiplos trabalhadores envolvidos na prestação de serviços, não têm sido adotadas como rotina nos estabelecimentos de saúde ou, o que é ainda mais grave, não estão disponíveis como métodos de supervisão, coordenação ou comando do processo de trabalho nos moldes em que este se desenvolve naqueles estabelecimentos.

A questão central poderia sintetizar-se na pergunta: como tratar as relações de trabalho na condição de objeto privilegiado da gestão de recursos humanos na área da saúde?²

² A abordagem deste tema tomou como base as discussões com o professor Roberto Passos Nogueira durante a elaboração da Unidade IV do Projeto CADRHU II - Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde, 1992.

No campo teórico, é importante tratar o tema das relações de trabalho em duas diferentes disciplinas: como relações trabalhistas, na área das ciências jurídicas e, como relações de produção, na área da economia política.

Esse enfoque tem importância mais analítica, apresentando visões polarizadas do tema em torno daquelas disciplinas. Uma visão mais abrangente deve considerar o tema em três abordagens complementares:

- na dimensão econômica, como relações de troca, isto é, a permuta entre 'capacidade' de trabalho por salário (ou outra denominação que se dê à remuneração), na qual capacidade de trabalho é entendida como seu potencial de utilidade, podendo ser designada simplesmente como trabalho e tratada como mercadoria;
- na dimensão político-ideológica, como relações de poder e espaço de geração de conflitos, e, portanto, campo de possibilidades de enfrentamento entre os interesses do trabalho (ou do trabalhador, o dono de sua própria capacidade de trabalho) e os objetivos institucionais (representados, no caso do serviço público de saúde, por seus dirigentes ou gestores). Isto significa reconhecer uma singularidade dessa mercadoria, que é sua capacidade de desenvolver autonomia, isto é, de determinar seu preço, caracterizando o que se pode chamar uma 'mercadoria consciente';
- na dimensão organizativa do processo produtivo, como relações decorrentes da divisão do trabalho, ou seja, aquelas que se estabelecem, indispensavelmente, entre os diversos atores que interagem na 'cadeia' de produção.

De modo equivalente, a abordagem das relações de trabalho na perspectiva da gerência desdobra-se em três áreas: na negociação do preço do trabalho (essa 'mercadoria' consciente), na interação com os trabalhadores e suas organizações e no enfrentamento dos efeitos da divisão do trabalho, correspondentes aos seguintes planos de atuação:

- no campo da atividade econômica, especificamente da dinâmica do mercado de trabalho do setor saúde, em seus ramos privado e público;
- no espaço das definições e ações jurídicas, desde a legislação até o cumprimento de suas obrigações (no caso da administração pública, exigência inarredável decorrente do princípio da legalidade que a preside), na interação com os trabalhadores, individualmente ou por meio de suas representações coletivas;

- no âmbito do processo de trabalho, no trato das relações entre os integrantes da equipe de saúde, diferenciados pela natureza específica da contribuição de cada um no processo de trabalho, mas que se devem integrar para bem realizar os objetivos finais da produção do serviço de saúde.

A despeito da identidade conceitual de cada uma dessas áreas ou planos de ação, fica evidente sua complementaridade ou mesmo superposição quando se adota a ótica global do processo gerencial e seus objetivos.

Pode-se concluir que o reconhecimento da importância da gestão do trabalho tem por base o correto entendimento das dimensões antes apontadas, superando as práticas tradicionais de “uma série de rotinas orientadas basicamente para o controle dos funcionários”; e esse salto, essa mudança de paradigma, ainda não foi dado.

Especificidades de Trabalho em Saúde

O elemento central a considerar refere-se à notável diferenciação entre as diversas categorias que integram o trabalhador coletivo de saúde, em termos de sua capacidade de ação nos planos econômico, jurídico e operacional.

O conceito de trabalhador coletivo em saúde tem sua utilidade como categoria de análise para entendimento dos mecanismos e formas de composição das parcelas de trabalho que entram na produção do resultado final esperado no processo de atendimento. O trabalhador coletivo é, pois, uma imagem que corresponde, como agente do trabalho, ao produto final do serviço prestado ao usuário. Concretamente, tal agente coletivo é composto pelos vários trabalhadores que fazem parte de um processo produtivo, cuja característica marcante é a intensa divisão de trabalho. É, portanto, um conceito de aplicação prática no campo da gestão em seus aspectos organizativos ou operacionais do processo produtivo.

A projeção daquele conceito, de forma linear ou mecânica, para as dimensões político-ideológicas (econômicas e jurídicas) das relações de trabalho tem provocado o surgimento de impasses ou situações de difícil superação com respeito ao estabelecimento das regras do contrato de trabalho, em especial no caso do serviço público, envolvendo tanto a questão salarial como outras formas de retribuição do trabalho ou do tempo de serviço.

Para ilustrar, ou mesmo comprovar, a propriedade dessa linha de argumentação, podem ser apontadas diversas expressões da diferenciação do trabalhador coletivo em saúde:

- suas formas de organização: formação de categorias resultantes da divisão do trabalho (médico, enfermeiro, dentista etc.) ou por agrupamentos decorrentes da segmentação da oferta de empregos (associações de servidores dos setores público e privado, das diferentes modalidades assistenciais etc.);
- seus diferentes graus de autonomia: categorias com ou sem antecedentes de organização liberal; profissões antecedentes ou posteriores ao processo de organização para produção em escala com divisão do trabalho (ou, dito de outra forma, da produção em moldes capitalistas);
- suas distintas representações no imaginário social: tanto a imagem de cada profissão ou ocupação construída pela coletividade, como aquelas autoprojeadas pelos próprios trabalhadores;
- suas formas de validação educacional e legal: categorias com ou sem regulamentação específica, incluindo-se, no último caso, ocupações que simplesmente executam funções atribuídas por delegação de outra categoria de trabalhador, a qual detém posição de superioridade hierárquica na divisão do trabalho;
- seus estatutos corporativos: categorias com diferentes graus de controle, tanto do exercício profissional de seus pares, quanto da abrangência de seu campo de atuação no espectro da divisão do trabalho.

Outro componente a destacar refere-se ao elevado grau de divisão do trabalho que se observa na produção dos serviços de saúde e que tem resultado no surgimento e consolidação de novas categorias profissionais e ocupacionais. A força dessa tendência pode ser demonstrada a partir dos antecedentes históricos do processo de trabalho em saúde, marcado pela progressiva fragmentação, a qual se vem expandindo como consequência do desenvolvimento tecnológico. Ao que parece, essa tendência ainda orientará o movimento futuro das transformações do processo de trabalho em saúde.

As considerações acima sugerem a seguinte reflexão: quais as implicações, para a administração de recursos humanos de saúde, decorrentes das peculiaridades da organização do trabalho, da constituição das profissões e do surgimento das ocupações nesse setor? No bojo dessa reflexão, situam-se questões polêmicas e atuais sobre a regulação do trabalho em saúde, como isonomia salarial, jornada de trabalho, requisitos e atributos sociais do assalariamento, cujo tratamento foge ao escopo deste artigo (ver a discussão sobre o tema, especialmente o conceito de regulação do trabalho,

em Medici).³ Ao chamar a atenção para esses aspectos, pretende-se apenas revelar mais uma faceta do novo paradigma de gestão do trabalho em saúde, ressaltando, assim, a necessidade do ‘salto’ em sua direção.

Proposta para a Gestão do Trabalho

O enfrentamento dos desafios situados no campo da gestão do trabalho nos serviços de saúde requer ousadia, não se restringindo à abordagem analítica do tema ou à simples advertência de que é preciso buscar novos caminhos. É com essa perspectiva que se apresenta uma proposta⁴ cuja originalidade se encontra no uso integrado de três estratégias de gestão:

- responsabilização no trabalho;
- incentivos à produtividade;
- processo permanente de negociação coletiva do trabalho.

O entendimento corrente sobre cada um desses termos pode ser tão diversificado que se torna indispensável uma breve discussão sobre eles.

O conceito de responsabilização no trabalho⁵ implica a assunção, pelo trabalhador, no cotidiano de sua prática, de atitudes e compromissos efetivos com os objetivos ou com a missão institucional, o que significa dizer, no caso dos estabelecimentos assistenciais, com as necessidades dos pacientes (ou, como seria mais adequado denominar, dos usuários). A responsabilização depende do desenvolvimento de relações de trabalho em que o referencial principal seja a satisfação do usuário. Para estabelecer esse pacto, é indispensável uma série de

3 Regulação do trabalho entendida como “a combinação de normas de produção e normas de consumo, expressas no cotidiano através de taxas de exploração (ou taxa de mais valia); da duração/extensão da jornada de trabalho; da organização e gerenciamento do processo de trabalho; das formas de remuneração do trabalho (salário por peça, mensalista, diarista etc.); da relação capital/trabalho (ou composição orgânica do capital) e seus arranjos tecnológicos; dos requisitos sociais para o assalariamento (instrução, disciplina, disponibilidade de tempo etc.); e dos atributos sociais do assalariamento (estabilidade, padrões de consumo, direitos sociais incorporados por imposição do estatal ou por normas de conduta social etc.) vigentes em cada contexto” (Medici, 1993: 6).

4 Esta proposta resultou de reflexões e discussões realizadas durante a revisão/preparação do Projeto CADRHU II - Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde, 1992.

5 Na concepção original dessa proposta de gestão do trabalho, apresentada na IX Conferência Nacional de Saúde, utilizou-se o conceito de supervisão como instrumento da gerência, cujas aplicações práticas buscariam resgatar a integralidade do cuidado prestado, composto de trabalhos parcelados, mas que devem constituir um resultado dotado de unicidade, só assim alcançando sua utilidade para o usuário. A intenção era explorar a potencialidade gerencial da supervisão, contrapondo medidas ante as seqüências nocivas da divisão técnica do trabalho, buscando evitar situações tantas vezes observadas nos serviços, quando o paciente se sente ou, efetivamente, é maltratado, em termos de sua necessidade global de atendimento, embora tenha sido atendido por vários especialistas e tenha até recebido esses cuidados de modo zeloso e prestativo. A utilização atual do termo responsabilização prende-se à melhor adequação deste conceito aos objetivos pretendidos, englobando o que se buscaria associando as dimensões gerenciais e pedagógicas da supervisão.

posturas inovadoras no campo das práticas gerenciais dos serviços de saúde, buscando substituir o autoritarismo pela autoridade da coordenação democrática e superar a alienação pela participação consciente no processo de trabalho, em toda a sua extensão e significado. O alcance de tais resultados passa, necessariamente, pela revisão do conceito e das práticas educativas nos serviços de saúde, já que os requisitos fundamentais para essa abordagem são exatamente a formação e a educação continuada dos profissionais, num processo que assegure a implantação e a manutenção de uma nova cultura institucional voltada para os compromissos sociais da organização, isto é, para o atendimento do interesse público.

A proposta de sistema de incentivos à produtividade define-se como o componente da estratégia gerencial constituído pelo conjunto de estímulos, financeiros ou não, que visam a ajustar e otimizar os componentes do processo produtivo nos estabelecimentos de saúde, que é admiravelmente complexo e deve subordinar-se com exclusividade aos interesses dos usuários. Sua operacionalização implica os seguintes princípios básicos:

- é um mecanismo de gratificação do trabalho que se estabelece a partir de uma remuneração básica, não sendo, portanto, substitutivo do salário;
- sua aplicação só deve ocorrer a partir de um patamar de produção que é o rendimento do trabalho correspondente à remuneração básica, não podendo transformar-se numa gratificação permanente ou automática.

A utilização de sistemas de incentivos à produtividade não deve jamais confundir-se com a lógica de mercado na produção de serviços de saúde nem assemelhar-se à remuneração por unidades ou atos praticados. A direcionalidade desses sistemas deve, isto sim, apontar para objetivos relacionados à satisfação dos usuários e ao atendimento de necessidades de saúde epidemiologicamente determinadas (o que inclui as dimensões de cobertura e impacto dos serviços prestados).

Vale advertir que este enfoque de incentivos à produtividade nada tem a ver com as práticas que, sob essa denominação, têm sido adotadas em muitas experiências de gestão em instituições públicas nos últimos anos, nas quais os verdadeiros objetivos são a equiparação salarial entre diferentes vínculos de emprego (INAMPS e secretarias) ou compensações de defasagens na remuneração resultantes da perversa associação entre inflação e política de arrocho salarial.

O terceiro componente, o processo permanente de negociação coletiva do trabalho, tem por base a experiência pioneira do Hospital do Instituto de Assistência Médica do Servidor Público do Estado de São Paulo (IAMSPE). O

modelo ali implantado foi sendo organizado a partir do próprio desenvolvimento da experiência, tendo por base a concepção administrativa fundada em princípios democráticos e modernizadores de gestão e de defesa da coisa pública, bem como a disposição efetiva de gestores e trabalhadores para a celebração de convênios coletivos de trabalho resultantes de negociação direta.⁶

Como instrumento jurídico, a negociação coletiva do trabalho no serviço público está prevista na Lei Federal nº 8.112/90, que institui o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais.⁷ Entretanto, a possibilidade de sua aplicação à negociação entre os trabalhadores e o poder público ainda é uma questão polêmica, que tem encontrado resistências na tradição das práticas jurídicas do direito público e do trabalho.⁸ As principais limitações da aplicação da negociação coletiva no setor público vinculam-se aos princípios balizadores da administração pública, como a indisponibilidade e supremacia do interesse público e o princípio da legalidade; concretamente, levantam-se os argumentos de que a remuneração do trabalho e as despesas com pessoal no serviço público só podem ser definidas por lei. Tais obstáculos, todavia, podem ser equacionados a partir de uma visão inovadora, que, sem desrespeitar ou pretender contornar a lei nem as boas práticas administrativas, propicie a criação e o desenvolvimento de bases jurídicas para o relacionamento entre trabalhador e gestor público.

O argumento essencial para a adoção do processo permanente de negociação coletiva do trabalho nos serviços de saúde é o estabelecimento de procedimentos que possibilitem o exercício da administração pública participativa⁹ não como um fim em si mesma, mas como estratégia de melhor servir ao povo.

O principal argumento para a aplicação dessa estratégia de gestão do trabalho nos serviços de saúde é a potencialidade dos efeitos da utilização sinérgica dos instrumentos apontados.

A ninguém ocorreria negar as vantagens do processo de responsabilização no trabalho, voltado para a consecução de objetivos finais (qualidade do atendimento, ampliação da acessibilidade etc.) e administrativos (redução de custos, economia de

6 Mais detalhes dessa valiosa experiência podem ser encontrados em Braga (1990) e Braga Júnior (1990).

7 Extensa e convincente argumentação sobre a validade constitucional da aplicação do processo negocial entre servidores e poder público pode ser encontrada no estudo jurídico elaborado mediante consultoria à OPAS/OMS pelo Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (Bucci & Fonseca, 1992).

8 A aplicação desse instituto jurídico-administrativo na esfera da administração pública federal encontra-se impedida por decisão do Supremo Tribunal Federal. Espera-se que o assunto seja claramente definido pelo Congresso Nacional, quando da Revisão Constitucional.

9 Discussão de interesse sobre esse tema encontra-se em Furtado (1922).

insumos, cumprimento de carga horária etc.). Todos esses objetivos pressupõem o estabelecimento e cumprimento das normas ou regras do processo produtivo em saúde:

- como executar as atividades e tarefas?
- qual o papel de cada um no conjunto de atos, eventos e momentos que conformam o serviço prestado?
- como fazer valer as normas e procedimentos definidos?

As questões a serem equacionadas são:

- quem decide tais normas e procedimentos?
- como decide?
- como avaliar a adequação dos objetivos administrativos à finalidade institucional de atender ao interesse individual e coletivo dos usuários?

A adoção de esquemas de incentivo à produtividade é ainda assunto polêmico, em decorrência de posturas ideológicas ou de argumentos menos doutrinários assentados em distorções de entendimento conceitual e metodológico. Entretanto, tem representado inegável contribuição para a racionalização e eficiência do processo produtivo em todas as situações em que seu uso se cercou de cuidados para evitar desvios de ordem técnica ou ética na oferta dos serviços. Contudo, a forma e os meios de definir e implantar, revisar e atualizar os critérios e os objetivos a serem alcançados com o sistema de incentivos devem refletir as características do processo produtivo dos serviços de saúde, marcado por relações de trabalho complexas e diversificadas. Aqui também aplicam-se as perguntas já formuladas: quem decide? Como decide? Como avaliar sua adequação aos objetivos sociais?

A instalação de processos de negociação permanente entre servidores e dirigentes institucionais, nos moldes do Sistema Permanente de Negociação Coletiva de Trabalho do IAMSPE, representa o terceiro ponto de apoio que assegura sustentação à estratégia de gestão proposta. Isto porque pode constituir o foro adequado e efetivo para equacionar, além das questões aventadas acima, muitas outras pendências resultantes de conflitos no processo de trabalho nos serviços de saúde.

Esta discussão sobre os três pilares de uma estratégia integrada de gestão do trabalho não pretende esgotar o assunto, mas apenas formular uma proposta a ser discutida e testada. Provavelmente, a realização de experiências dessa natureza será difícil e trabalhosa, mas com certeza terá grande impacto sobre o

desempenho e a produtividade dos profissionais nos serviços de saúde, resultando em muitos benefícios, como a melhoria da administração desses serviços e, conseqüentemente, da qualidade do atendimento às necessidades de saúde da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRAGA, D. G. Sistema permanente de negociação coletiva do trabalho no IAMSPE: contratação coletiva inédita no setor público. *Cadernos da CUT*, 3, jan. 1990.
- BRAGA JÚNIOR, D. Negociação coletiva do trabalho no setor público: repercussões da sua aplicação nas atividades do Hospital do Servidor Público Estadual - uma análise de resultados. *Cadernos da CUT*, 4, jul.-set. 1990.
- BUCCI, M. P. D. & FONSECA, V. S. L. *Negociação coletiva do trabalho no serviço público*. CEPEDISA-OPAS/OMS, 1992.
- DIAMOND, G. A. & DENTON, T. A. Alternative perspectives on the biased foundations of medical technology assessment. *Annals of Internal Medicine*, 118: 445-464, 1993.
- DUSSAULT, J. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*, 26 (2): 8-19, abr.-jun. 1992.
- FURTADO, A. *Bases sociais, técnicas e econômicas do trabalho em saúde: implicações para a gestão de recursos humanos*. OPAS/OMS, Brasília, 1992. (Mimeo.)
- KLIKSBERG, B. A gerência na década de 90. *Revista de Administração Pública*, 22(1): 59-85, jan.-mar. 1988.
- MEDICI, A. C. *A regulação do trabalho no âmbito da saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde/Representação do Brasil, Brasília, 1993. (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, nº 6).
- NOGUEIRA, R. R. O processo de serviços de Saúde. *Educación Médica y Salud*, 25(1): 15-27, 1991.



EDUCAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE: PERSPECTIVAS DE DEBATE SOB OS MARCOS LEGAIS DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL*

Rita Elisabeth da Rocha Sório

A EDUCAÇÃO BÁSICA E A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NA NOVA LDB

A Lei Darci Ribeiro, de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB - Lei nº 9.394, de dezembro de 1996), introduz modificações na terminologia sobre os níveis educacionais em substituição à antiga Lei nº 5.692/72, que dispunha sobre a organização do sistema educacional.

No novo texto, a educação escolar é composta de dois níveis: a educação básica – formada pela educação infantil, ensino fundamental e ensino médio – e a educação superior.

O nível básico da educação pretende disciplinar formas, conteúdos, métodos e objetivos educacionais desde a mais tenra idade. A educação infantil, que vai do nascimento até seis anos, tem a função de promover, em caráter complementar, o desenvolvimento integral da criança. O ensino fundamental, com duração mínima de oito anos, visa a ofertar uma formação básica para a cidadania. O ensino médio, com duração mínima de três anos, prepara para o trabalho e a cidadania, com ênfase na compreensão dos fundamentos científicos e tecnológicos dos processos produtivos.

A educação secundária, correspondente ao ensino médio, tornou-se a grande questão para os formuladores de reformas educacionais em todo o mundo. O problema é como conciliar os objetivos de preparar para o prosseguimento de estudos e, ao mesmo tempo, para o trabalho e desenvolvimento pessoal. Que vínculos estabelecer entre a educação geral e a educação profissional? Como uma pode se nutrir da outra? (Brasil, 1999).

A LDB muda a identidade estabelecida para o ensino médio contida na Lei nº 5.692/71. Nesta última, o então 2º grau se caracterizava por uma dupla função: preparar para o prosseguimento de estudos e habilitar para o exercício de uma profissão técnica. É sabido que a exigência de fornecer uma habilitação profissional

* Texto retirado do livro *Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde* - CADRHU, organizado por José Paranaguá de Santana e Janete Lima de Castro. Natal: EDUFERN, 1999. (Reprodução autorizada pela autora).

aos alunos, através da instituição de cursos profissionalizantes em todos os estabelecimentos de ensino, conforme preconizado naquela Lei, não passou de “exercício de laboratório” nos raros locais onde foi implantado. Isto levou a distorções que prejudicavam, acima de tudo, o aluno, que não obtinha formação geral, muito menos profissional, suficientes para dar entrada no mercado de trabalho.

O art. 35 da atual LDB define as finalidades para o ensino médio da seguinte forma:

I - a consolidação e o aprofundamento dos conhecimentos adquiridos no ensino fundamental possibilitando o prosseguimento dos estudos,

II - a preparação básica para o trabalho e a cidadania do educando, para continuar aprendendo, de modo a ser capaz de se adaptar com flexibilidade a novas condições de ocupação ou aperfeiçoamento posteriores,

III - o aprimoramento do educando como pessoa humana, incluindo a formação ética e o desenvolvimento da autonomia intelectual e do pensamento crítico;

IV - a compreensão dos fundamentos científico-tecnológicos dos processos produtivos, relacionando a teoria com a prática, no ensino de cada disciplina.

Além dessas finalidades, o texto legal explicita o esperado do egresso do ensino médio (Art. 36, § 1º, incisos I a III da Lei nº 9.394/96), identificando três amplas categorias de resultados de aprendizagem, relacionadas ao:

I - domínio dos princípios científicos e tecnológicos que presidem a produção moderna;

II - conhecimento das formas contemporâneas de linguagem;

III - domínio dos conhecimentos de Filosofia e de Sociologia necessários ao exercício da cidadania.

Posto isto,

o trabalho é o contexto mais importante da experiência curricular no ensino médio, de acordo com as diretrizes traçadas pela LDB em seus artigos 35 e 36. O significado desse destaque deve ser devidamente considerado: na medida em que o ensino médio é parte integrante da educação básica e que o trabalho é princípio organizador do currículo, muda inteiramente a noção tradicional de educação geral acadêmica ou, melhor dito, academicista. O trabalho já não é mais limitado ao ensino profissionalizante. Muito ao contrário, a lei reconhece que nas sociedades contemporâneas todos,

independentemente de sua origem ou destino sócio-profissional, devem ser educados na perspectiva do trabalho enquanto uma das principais atividades humanas, enquanto campo de preparação profissional, enquanto espaço de exercício de cidadania, enquanto processo de produção de bens, serviços e conhecimento. (Brasil, 1998)

Nessa perspectiva, o ensino médio configura-se como educação básica e, como tal, vincula-se ao mundo do trabalho e à prática social. Mas, se o novo ensino médio proposto não é profissionalizante, poderíamos pensar que o enunciado transcrito não passa de retórica. Na verdade, o nível médio deverá ser responsável por desenvolver uma educação de natureza geral, articulada com os processos produtivos. Dessa forma, deverá fornecer as bases para o indivíduo fazer seu próprio percurso profissional.

Essa concepção pressupõe que uma formação ampla, calcada em princípios científicos e tecnológicos, além de uma base de valores éticos e morais já iniciada no ensino fundamental, possibilita o desenvolvimento de competências gerais e/ou transversais, de modo a permitir aos egressos seu aprimoramento profissional através do acompanhamento das constantes mudanças que caracterizam a produção em nosso tempo. Sob esta perspectiva, a educação geral forneceria as bases para o contínuo aprendizado ao longo da vida, sendo de extrema importância para o desenvolvimento de aptidões que possibilitem enfrentar novas situações, solucionando problemas e, portanto, privilegiando a aplicação da teoria na prática.

Há, assim, necessidade de romper com os paradigmas tradicionais para que sejam alcançados os novos objetivos propostos para a educação básica e para a educação profissional. Hoje é consenso que o conhecimento tornou-se fator principal da produção. O *aprender a aprender* torna-se uma competência fundamental para a inserção numa dinâmica social que se reestrutura continuamente. A perspectiva do processo educacional é, então, desenvolver meios para uma *aprendizagem permanente*, que permita uma formação continuada, tendo em vista a construção da cidadania (Brasil, 1999).

Essa educação geral, que permite buscar e gerar informações, usada para solucionar problemas concretos na produção de conhecimento e de bens ou na gestão e prestação de serviços, é preparação básica para o trabalho. Na verdade, qualquer competência requerida no exercício profissional, seja ela psicomotora, socioafetiva ou cognitiva, é um afinamento de competências básicas ou é o emprego destas em um contexto específico de produção. A educação geral permite, assim, a construção de competências que se manifestarão em habilidades básicas, técnicas ou de gestão, a serem desenvolvidas na educação profissional.

O núcleo central que orienta este modelo de educação pressupõe que há um universo geral de competências e habilidades requeridas ao desenvolvimento pessoal

e da cidadania, à preparação básica para o mundo da produção e ao domínio dos meios para continuar aprendendo. Sobre estes princípios se assentam os pilares que conduzem a construção de ‘passarelas’ ou ‘pontes’ entre o ensino médio e a educação profissional.

A CENTRALIDADE DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NA ATUALIDADE

A educação profissional é uma modalidade educacional expressa na LDB, nos artigos 36 (parágrafo 2º) e 39 a 42, como um subsistema que será “integrado às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência, à tecnologia” e tem por finalidade conduzir ao “permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva” (Art. 39).

O alvo da educação profissional é “o aluno matriculado ou egresso do ensino fundamental médio e superior, bem como o trabalhador jovem ou adulto” (Art. 39, parágrafo único, Lei nº 9.394/96). Por conseguinte, a educação profissional não mais estará atrelada a um nível específico de escolaridade, mas será desenvolvida em *articulação* com o ensino regular ou por diferentes estratégias de educação continuada, em instituições especializadas ou no ambiente de trabalho (Art. 40, Lei nº 9.394/96).

Do ponto de vista mais geral, a nova LDB neste ponto introduz algumas inovações que merecem ser ressaltadas.

- O reconhecimento de habilidades e conhecimentos que tenham sido adquiridos por meios informais, fora do sistema escolar. A mensuração desses conhecimentos se daria mediante a realização de exames de certificação para prosseguimento ou conclusão de estudos (Art. 41). Ou seja, reconhecemos que educação se pratica também fora da escola, no trabalho, na família, no exercício e na prática de viver.

Esse entendimento, por sinal, está presente já no art. 1º: “A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino, pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais.” É um dos aspectos mais promissores da nova Lei, pois alarga os horizontes do processo educativo para além dos bancos da escola. Promove, portanto, a valorização do vínculo entre educação escolar, trabalho e práticas sociais (Arroyo, 1998).

- A possibilidade de abertura de instituições voltadas para esse segmento educacional que propicie a oferta de cursos especiais que “condicionem a

matrícula à capacidade de aproveitamento de estudos e não ao nível de escolaridade” (Art. 42, Lei nº 9.394/96).

- A abrangência vertical da educação profissional, desde o nível fundamental até o nível superior (alunos e egressos). Esta perspectiva sinaliza para o caráter *complementar* da educação profissional em relação a todos os níveis de ensino da educação geral, previstos pela nova LDB. O resultado imediato é que a educação profissional permite tanto a qualificação profissional, como a habilitação para o exercício de uma atividade profissional, conforme veremos adiante.

Vale mencionar que as políticas de educação profissional, tanto para os setores de ponta da economia como para os educadores em geral, sempre foram alvo de críticas e assunto polêmico em nosso país. As críticas construídas ao longo da história brasileira apontam quase sempre para os preconceitos e distorções que envolvem essa modalidade educacional.

Tratando a educação profissional com grande desprestígio, expresso em propostas reducionistas de ‘educação para pobres’, sem preocupação com a qualidade da oferta dos cursos e com o resultado a ser alcançado, as alternativas até então oferecidas pelas políticas de educação, sempre estiveram aquém de propiciar uma real articulação entre educação e trabalho. A conseqüência disso, acumulada ao longo de nossa história, foi o entendimento quase universal de que educação profissional é sinônimo de treinamento ou adestramento, a ser realizado pelos setores produtivos da economia.

No sentido inverso dessa compreensão, a educação profissional nos últimos tempos vem merecendo destaque especial por parte das políticas educacionais em diversos países do mundo. Tal fato decorre da importância da educação na constituição de um trabalhador que atue em contextos produtivos mais flexíveis ou desestruturados, como o vivenciado pelas sociedades capitalistas dos anos 90.¹ Estamos falando das mudanças advindas da globalização econômica, no âmbito do processo de produção e da organização do trabalho, decorrentes dos avanços tecnológicos e da conseqüente complexificação do conhecimento técnico.

No Brasil, a busca por estabelecer um novo marco para a educação profissional está expressa na promulgação do Decreto nº 2.208, de 17 de abril de

1 Esse novo modelo chamado de “especialização flexível” poderia ser caracterizado por uma divisão técnica do trabalho menos evidenciada, com integração entre produção e controle de qualidade, em que o trabalho em equipe passou a substituir o trabalho individualizado cujas tarefas passam a ser realizadas por grupos semi-autônomos. O conteúdo e a qualidade do trabalho humano se modificam tanto no setor industrial como no de serviços. O conteúdo informativo das atividades profissionais e sua difusão através de redes de comunicação são exaltados.

1997, que regulamentou o parágrafo 2º do art. 36 e os artigos 39 a 42 da Lei nº 9.394/96, a nova LDB.

O Decreto define, de forma minuciosa, uma série de questões a ser buscada no processo de reforma e a reorganização da educação profissional.

Nesse contexto, a educação profissional é composta de três níveis, a saber:

- básico - “destinado à qualificação e requalificação de trabalhadores, independente de escolaridade prévia”. Para esse nível não há regulamentação curricular, uma vez que se destina a atender demandas específicas, sem exigências predeterminadas de escolaridade, caracterizando-se como modalidade não-formal, com cursos de duração variável (Art. 41 do Decreto nº 2.208/97);
- técnico - “destinado a proporcionar habilitação profissional a alunos matriculados ou egressos do ensino médio” (Art. 3º, inciso II do Decreto nº 2.208/97). O fato de prevermos uma regulamentação para esse nível o enquadra na modalidade de educação formal, em que há normas pedagógicas, critérios de ingresso e perfis de saída estabelecidos em documentos oriundos das autoridades competentes;
- tecnológico - “corresponde a cursos de nível superior na área tecnológica, destinados a egressos do ensino médio e técnico” (Art. 31, inciso III, do Decreto nº 2.208/97). Pela primeira vez, em decorrência dos dispositivos legais da LDB, são reconhecidos cursos superiores que têm objetivos claros de desenvolver potencialidades de uma clientela dentro da área tecnológica, criando as condições básicas para que o país possa criar e desenvolver suas próprias tecnologias, a partir, especialmente, de pesquisas realizadas no âmbito das instituições de ensino superior. Esses cursos, pois, deverão “ser estruturados para atender aos diversos setores da economia, abrangendo áreas especializadas, e conferirão diploma de Tecnólogo” (Art. 10 do Decreto nº 2.208/97).

Dispostos dessa forma, é preciso observar a flexibilidade e os mecanismos de relacionamento entre os dois primeiros níveis. O ensino técnico tem organização curricular própria e regulamentada. O nível básico, ao contrário, é modalidade não formal e não depende de regulamentação do sistema educacional. Apesar disso, os que concluírem os cursos de nível básico farão jus ao certificado de qualificação profissional.

A despeito das diferenças na regulamentação, há uma forma possível de relacionamento entre os níveis básico e técnico da educação profissional, permitindo

o aproveitamento cumulativo de estudos. A educação profissional básica pode ser feita de maneira a ser aproveitada como crédito ou outra forma de equivalência na educação profissional técnica. Podemos mesmo inferir que a forma de equivalência mais adequada seja o certificado de qualificação profissional, desde que o curso que lhe tenha dado origem inspire-se nos mesmos princípios organizativos dos currículos do ensino técnico. Cabe sublinhar que, no caso de o currículo do nível técnico estar organizado em módulos, estes poderão ter caráter de *terminalidade* para efeito de qualificação profissional, dando direito à certificação de qualificação profissional (Parágrafo 1º do art. 8º do Decreto nº 2.208/97).

AVANÇOS E DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DA LEI

O disposto pela legislação educacional, tanto para o ensino regular quanto para a educação profissional, mostra o seu caráter altamente flexível, permitindo arranjos e mecanismos diversos para o acesso à educação e, mais que isso, se propondo a reconhecer os saberes anteriormente adquiridos pelos indivíduos, não só em situações formais de escolarização, mas também em outros ambientes de aprendizado.

A desregulamentação do nível básico da educação profissional permite a constituição de um campo diversificado para o exercício de experiências de formação, de acordo com as necessidades dos setores produtivos e a demanda por cursos dessa natureza no mercado de trabalho. Sob a ótica do trabalhador que não obteve a escolaridade geral no tempo previsto, seria mesmo a possibilidade de retorno à formação, de acordo com sua capacidade de acompanhamento, sem perder a possibilidade de obter um certificado, no caso, o de qualificação profissional.

No entanto, um desafio fundamental imposto pelo Decreto nº 2.208/97 é a possibilidade real de os indivíduos transitarem entre os três níveis da educação profissional. Este fato só será possível se houver uma articulação entre os objetivos e conteúdos das propostas de formação profissional por nível, relativas a cada área do setor produtivo. Caso contrário, incorreremos no risco de promover uma verdadeira torre de babel, levando o trabalhador a freqüentar processos múltiplos e intermináveis de formação para o trabalho, sem conseqüências positivas para sua valorização e a decorrente inserção no mercado de trabalho.

Uma outra questão que merece ser destacada, complementar à discussão sobre o nível básico da educação profissional, é a do reconhecimento de que a formação de nível técnico é o eixo central da proposta de educação profissional

indicada pelo Decreto nº 2.208/97. E não poderia ser diferente, na medida em que as mudanças do mundo do trabalho parecem exigir um trabalhador técnico com maior capacidade de tomada de decisões e autonomia, capaz de assumir funções diversificadas, o que certamente demanda conhecimentos gerais ampliados e sólidos, independente de seu campo exclusivo de atuação. Daí a exigência do ensino médio como pré-requisito imprescindível para o acesso a este nível da educação profissional.

Visto sob este prisma, um problema adicional que se impõe à concretização da proposta diz respeito à expansão do ensino médio. Uma vez previsto na LDB como parte da educação básica, criou-se a necessidade de extensão da obrigatoriedade e da gratuidade desse nível de ensino a todos os brasileiros. O art. 4º, inciso II, da Lei, no entanto, fala da “extensão progressiva da gratuidade”. Sabemos que a oferta de ensino médio (antigo 2º grau) a partir da capacidade instalada pública, existente hoje no país, é insuficiente para atender a demanda emergente do ensino fundamental, que, nos últimos anos, vem sendo implementado em maior escala, dado o aumento da escolaridade da população brasileira.

Para dar conta do cumprimento desse arcabouço legal e organizacional relativo à educação profissional, a regulamentação do nível técnico se dará mediante a formulação de “diretrizes curriculares nacionais”, estabelecidas pelo MEC, ouvido o Conselho Nacional de Educação, em acordo com os diferentes setores produtivos. A organização curricular deve expressar a independência do ensino médio e, ao mesmo tempo, preservar a *complementaridade* necessária ao desenvolvimento de competências profissionais, objeto específico da formação técnica.

A escola exercerá de forma autônoma o desenho do currículo pleno, pautada nas “diretrizes curriculares nacionais”, que fornecerão carga horária mínima do curso, conteúdos mínimos, habilidades e competências básicas por área profissional. Tomará por referência estudos de demanda local ou regional, que identifiquem necessidades de formação, utilização de tecnologia, perfil do mercado de trabalho, dispondo de 30% da carga horária mínima estabelecida para introduzir elementos diferenciados – disciplinas, conteúdos, habilidades e competências – em sua organização curricular (Brasil, 1999).

Um fator de dificuldade presente na proposta de educação profissional é a necessidade do estabelecimento prévio de competências profissionais, para os cursos técnicos de habilitações profissionais já consagradas no mercado de trabalho. Além dos diferentes significados e abordagens que envolvem o termo competências,² tornando difícil, por conseqüência, sua definição para uma

² Sobre a condição eminentemente polissêmica do conceito de competência, ver Tanguy & Ropé (1997).

determinada formação técnica, tal perspectiva impõe que os agentes formuladores e definidores das competências profissionais estejam em ‘perfeita’ sintonia com outros agentes, como é o caso dos Conselhos Profissionais, tradicionalmente presentes no chamado campo da regulação profissional. Além desses, os empregadores são peças-chave na composição dessas competências, porque são demandantes do trabalho a ser ofertado pelas categorias profissionais, podendo absorvê-las ou não. Sem incorrer em uma visão idealizada, chamamos atenção aqui para o esforço de negociação que tal perspectiva impõe, posto que se colocam em disputa os interesses, muitas vezes divergentes, de cada um desses agentes sobre o produto esperado com a formação profissional.

Ainda que esta discussão possa parecer extremamente detalhista ou mesmo secundária frente à implementação da LDB e, particularmente, ao sistema de educação profissional, ressaltamos aqui algumas questões para reflexão. Como definir competências profissionais que estejam em acordo com as competências já adquiridas no mundo do trabalho? Quem seria o responsável mais legítimo para realizar a certificação de competências incorporadas ao longo da vida laboral, sem cair em desvios éticos? Como evitar que a implementação de sistemas de educação profissional de cunho ‘modernizante’ reitere a exclusão social de trabalhadores, promovendo o aprofundamento do fosso entre estes e as camadas mais elitizadas da população?

Essas considerações gerais sobre a legislação indicam a necessidade de serem construídas novas alternativas de organização curricular, comprometidas, de um lado, com o novo significado do trabalho no contexto da globalização e, do outro, com o sujeito ativo, a pessoa humana que se apropriará desses conhecimentos para aprimorar-se, como tal, no mundo do trabalho e na prática social.

Neste sentido, concordamos com Arroyo (1998: 163), ao afirmar que

a experiência escolar nos lembra que as condições de trabalho, as tecnologias e as organizações são formadoras porque nelas se expressam pessoas, sujeitos concretos, em relações sociais e culturais. Dar a devida centralidade ao elemento humano na relação trabalho-educação pode significar incorporar as contribuições teóricas advindas da pedagogia, da psicologia cultural sobre o que é construtivo dos processos educativos. Não é aconselhável repetir que o trabalho é educativo e ignorar ou não incorporar contribuições epistemológicas vindas das áreas que têm como objeto a educação.

Discutir, portanto, a transição de modelos e paradigmas da educação requer que também seja discutido se há transformação no modo como é construído o processo educativo e como são produzidos os conhecimentos que lhe servem de sustentação. Assim, o esforço deve ser muito menos de apego estrito ao que está

posto no plano legal e muito mais de construção dessa nova realidade. A despeito das expectativas de regulação criadas com a LDB e o Decreto nº 2.208/97, sua efetividade se faz, nos parece, muito mais com a emancipação de determinados atores sociais, que no 'entrejogo' de suas posições, crenças e valores vão estabelecendo as formas reais de implantação da proposta.

A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL PARA O SETOR SAÚDE³

Rediscutir os perfis profissionais necessários e adequados ao funcionamento do setor saúde, indicando elementos para a formação de seus agentes, implica antes de tudo resgatar os princípios que orientam o setor, bem como as características de composição desse mercado de trabalho.

A Constituição Federal e os seus dispositivos regulamentadores (Leis 8.080/90 e 8.142/90) consagraram um conceito ampliado de saúde, não redutível à sua dimensão setorial de sistema de serviços de saúde, e um conjunto de princípios balizadores centrados na integralidade, universalidade e equidade da atenção, bem como na participação da comunidade e na descentralização da gestão. Desse modo, "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Art. 196 da Constituição).

As ações e serviços de saúde são considerados de relevância pública e "a assistência à saúde é livre à iniciativa privada" (Art. 199). No que diz respeito ao subsistema público,

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:

- I - descentralização com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

³ A apresentação de algumas idéias neste tópico fazem parte do documento "Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos Técnicos de Educação Profissional de Nível Médio em Saúde". O texto foi produzido a partir do Seminário Perspectivas para a Formação Profissional de Nível Médio em Saúde, promovido pela CGDRH/MS, com apoio da OPAS/OMS, Brasília, 24/09/97.

A concepção de saúde e de organização de serviços anteriormente mencionada confere ao setor uma dupla responsabilidade: de um lado, produzir cuidados de saúde integrais no interior de um sistema de serviços através dos seus componentes público e privado (enfoque setorial); de outro, interagir, dialogar e pactuar com outros setores econômicos e sociais que determinam ou condicionam o estado de saúde da população e influenciam a organização dos respectivos serviços (enfoque intersectorial).

A idéia da saúde não restrita a um meio para o desenvolvimento individual ou social, mas como um fim em si mesma, condição da cidadania que assegura mais e melhores anos à vida, aponta para certas especificidades dos trabalhadores de saúde. Ainda que disponham dos seus postos de trabalho no setor de serviços de saúde, o seu campo de atuação tende a uma 'dessetorização', na medida em que se desenvolvam modelos de atenção voltados para a qualidade de vida. Portanto, os compromissos desses agentes com uma concepção ampliada de saúde transcendem o setorial e diversificam, tendencialmente, os seus campos de práticas.

Algumas iniciativas priorizadas pelo governo federal (Brasil, 1997) como os Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde (PSF/PACS), aliadas aos esforços de distritalização e de estruturação de ações programáticas de saúde, inserem-se na redefinição do modelo assistencial.

O desafio posto pela realidade, no entanto, é adequar a incorporação tecnológica à estrutura de necessidades de saúde. Esta adequação implica redefinir o papel do hospital na organização da atenção, valorizando a atenção ambulatorial e domiciliar, articulando a demanda espontânea a uma oferta organizada de serviços de saúde e utilizando o saber epidemiológico e social na realização das práticas de saúde. Mais que uma disputa de paradigmas, trata-se de adotar medidas concretas no sentido de conquistar uma nova dimensão para o trabalho em saúde, superando a ênfase exclusiva na assistência médico-hospitalar. Assim, a atenção à saúde, e não apenas a assistência médica, envolverá novos âmbitos de atuação profissional (estabelecimentos de saúde, domicílios, escolas, creches, fábricas, comunidade etc) e outros processos de trabalho (atenção à família, vigilância à saúde, hospital-dia, acolhimento, 'internação domiciliar', trabalho programático etc.).

O reconhecimento da integralidade como um princípio que inclua as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do processo saúde-doença, através de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação que respeitem a integridade do ser humano, deve ser, progressivamente, difundido como uma 'nova cultura da saúde' na educação profissional. No presente, a formação de

agentes das práticas de saúde, inspirada no paradigma da promoção da saúde, aponta para a multisetorialidade, de um lado, e para a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade ou transdisciplinaridade, de outro.

Usuários, profissionais e governo têm uma responsabilidade com a qualidade e o consumo de tecnologias apropriadas como contraponto das distorções da educação médica e das indústrias de medicamentos e de equipamentos biomédicos que favorecem uma incorporação tecnológica abusiva, de baixa efetividade e socialmente injusta.

A nova visão de qualidade em saúde inclui a humanização do cuidado com o cliente. Diante do princípio da autonomia do paciente, a humanização envolve um conjunto de 'amenidades' de trato e de possibilidades de escolhas em que se incluem os aspectos éticos. Trata-se de interagir com o paciente para ver melhor o que lhe satisfaz. Inclui a organização do trabalho, a tecnologia no sentido amplo – o processo de trabalho, a equipe e o paciente – e não apenas material. Essa visão reconhece as perspectivas do fornecedor e do cliente, valorizando a autonomia das pessoas de assumirem a sua própria saúde.

A integralidade da atenção, quando exercitada de modo fragmentado, promove a multiplicação dos agentes e a utilização excessiva de recursos, favorecendo o espiral de crescimento dos custos do setor. Esta visão taylorista do trabalho em saúde, centrada na definição de necessidades pelo especialista e utilizando a retórica da "integralidade", termina por comprometer a integridade do paciente. Portanto, a integralidade do cuidado em outra perspectiva recusa o vetor de fragmentação e procura ver o paciente como um todo, resolvendo os seus problemas de forma integral com o mínimo necessário de intervenção profissional. Trata-se de diagnosticar as necessidades do paciente e prover os recursos adequados para o atendimento das mesmas, em vez de insistir na idéia de que para cada necessidade haveria uma ação específica e um profissional especial para atendê-la.

No que diz respeito aos processos intermediários de apoio (retaguarda), constatamos uma rápida obsolescência das técnicas, especialmente nos serviços laboratoriais, administrativos etc., o que demanda por processos formativos altamente flexíveis. Já na 'ponta' do sistema de serviços de saúde faz-se necessário um conjunto de habilidades que contemplem a interação comunicativa e a ampliação do espectro de funções, superando a educação exclusivamente tecnicista. O desafio posto é o de como dar conta do rápido *turnover* das tecnologias e superar a defasagem entre a formação técnica escolar e a tecnológica dos serviços. Frente a essas mudanças radicais, surge a necessidade de um 'novo trabalhador'.

Este 'novo trabalhador' (Deluiz, 1997) requer uma qualificação que inclua múltiplos aspectos:

habilidades cognitivas; de abstração e análise simbólica, comunicacionais, de inter-relação com clientes e demais trabalhadores; iniciativa e criatividade; capacidade de trabalhar cooperativamente em grupo e para a formação mútua no próprio local de trabalho, competência para avaliar o produto do seu trabalho e para tomar medidas que melhorem a sua qualidade, e domínio de técnicas de planejamento e organização do trabalho. (Peduzzi, 1997)

No caso da saúde, as mudanças no processo de trabalho requerem:

- articular as intervenções e atividades realizadas pelo profissional com as ações dos demais agentes da equipe, destacando o caráter multiprofissional da prática;
- redimensionar a autonomia profissional, ou seja, o alcance da liberdade de decisão e conduta de cada agente, autonomia esta que se encontra fortemente tensionada pela necessidade de recomposição dos inúmeros trabalhos parcelares e de comunicação entre os agentes especializados;
- articular conhecimentos oriundos de várias disciplinas ou ciências, destacando o caráter interdisciplinar da prática;
- maior qualificação profissional, tanto na dimensão técnica especializada, quanto na dimensão ético-política, comunicacional e de inter-relações pessoais. (Peduzzi, 1997: 16)

Enfim, havemos de superar pressupostos implícitos muito antigos no âmbito da formação de recursos humanos em saúde e pensar a especificidade da qualificação na 'ponta', no apoio, no meio, na comunidade, na família etc.

O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente no que tange aos esforços visando à mudança dos modelos de atenção através da distritalização, da vigilância à saúde, do trabalho programático, entre outros, requer a identificação de espaços sociais em que se realizam as práticas de saúde (âmbito de práticas). Assim, além de pensar os estabelecimentos de saúde (postos e centros de saúde, hospitais, laboratórios etc) e as organizações ou instituições (nível político, nível técnico-administrativo ou de nexo e nível técnico-operacional) como uma secretaria de saúde ou um distrito sanitário, é imprescindível reconhecer outros âmbitos de práticas como as escolas, as creches, o domicílio, a comunidade, os locais de trabalho (fábricas, comércio, escritórios etc).

O setor saúde emprega, hoje, no Brasil, mais de dois milhões de trabalhadores, o que representa cerca de 8,2% dos empregos formais existentes no país. A participação dos trabalhadores com formação de nível médio e elementar é de 83% nos serviços privados e 73% no setor público. Os profissionais ou ocupacionais de nível médio ou fundamental estão representados por uma variedade de categorias (aí incluídos desde

o assistente de portaria até o técnico de higiene dental), a exigir processos de formação bastante heterogêneos. A despeito de políticas educacionais anteriores, aproximadamente meio milhão não possui sequer o ensino fundamental completo.⁴

Ainda assim, as flutuações conjunturais observadas a partir de dados de junho de 1997 do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) apontam para o aumento da escolaridade formal do emprego na década de 90.

Depreende-se do exposto que os princípios da Reforma Sanitária brasileira e os pressupostos do SUS, construídos ao longo dos últimos anos, podem se beneficiar da proposta de reforma da educação. Na saúde, é patente a necessidade de processos de formação que possibilitem a inserção do trabalhador em tipos variados de serviços, exercendo uma prática pautada em valores éticos e respeito às diferenças socioculturais, o que pode ser alcançado por meio de desenhos curriculares que permitam a flexibilidade e articulação entre os níveis previstos pela educação profissional.

No entanto, é preciso dizer que a flexibilidade almejada não deve ignorar as profissões e ocupações já existentes e organizadas, com lugar assegurado no mercado de trabalho. Ou seja, para o setor saúde, conforme descrito anteriormente, é de suma importância reconhecer os agentes da prática que promovem ações de saúde nos diferentes serviços, setores e organizações.

Neste sentido, um dos dilemas a serem enfrentados pelas propostas pedagógicas para a educação profissional diz respeito às demandas de flexibilização do mercado de trabalho e à formação profissional. Se não é concebível mantê-la engessada, temos de procurar impedir certa 'selvageria' nas relações sociais com os trabalhadores de saúde.

Dessa forma, a instituição de processos de formação técnica estruturada em módulos só será bem-vinda quando, de fato, os módulos expressarem um conjunto de competências e habilidades requeridas por uma ocupação no mercado de trabalho em saúde. Ou seja, concordamos que a *terminalidade* é fundamental, e o módulo deve guardar a devida relação com a organização setorial. Caso contrário, há um risco eminente de perda da qualidade do processo educativo, além de 'concorrência desleal' entre categorias de trabalhadores. Ao fim de tudo, a perda maior é do paciente ou cliente dos serviços e programas de saúde.

É necessário para o setor saúde, especificamente para a área de Políticas de Recursos Humanos em Saúde, desenvolver processos regulatórios específicos

⁴ Dados coletados na RAIS (Relação Anual de Informações Sociais), coletados até 1/1/97, analisados a partir de junho de 1998.

que permitam estabelecer parâmetros de qualidade para a formação dos auxiliares que sejam de interesse para o setor produtivo.

No caso dos auxiliares de enfermagem o MEC regulamentou a formação por meio do Parecer nº 10/2000, tornando-a parte do itinerário do curso técnico e denominando-a Qualificação Profissional de Nível Técnico.

A instituição de políticas e práticas de regulação emanadas do próprio governo, através de órgãos executivos setoriais, como o Ministério da Saúde, parece ser um ponto crucial para o desenvolvimento de conhecimentos e tecnologias até então pouco desenvolvidos, como é o caso da implantação de um Sistema de Certificação de Competências. Esta inovação permitiria ao setor produtivo aferir as competências técnicas e profissionais, independentemente da formação a que o trabalhador tenha se submetido. É correto pensar que o avanço na definição de tais procedimentos precisa caminhar *pari passu* à implantação de projetos de educação profissional baseados no referencial de competências, de forma que o exercício de um determinado ofício seja criteriosamente caracterizado. São exigências que só corroboram a vinculação mais que necessária entre educação e trabalho.

Se, do ponto de vista mais geral, os preceitos até aqui discutidos representam desafios por si mesmos, do ponto de vista particular, o desafio de transformá-los em realidade não é menor. Ou seja, promover a execução de cursos de educação profissional em saúde, de qualidade, que atendam às necessidades inerentes aos processos de trabalho em saúde impõe direcionalidade e competências técnicas, políticas e gerenciais a serem perseguidas pelos estabelecimentos de ensino e formação profissional.

AS ESCOLAS TÉCNICAS DE SAÚDE DO SUS: breve caracterização

As Escolas Técnicas de Saúde (ETS) do SUS, no Brasil, são entidades governamentais que atuam no âmbito do setor saúde e que têm como missão primordial promover a profissionalização dos trabalhadores de nível médio, sem qualificação específica, para o desenvolvimento das ações de saúde. Criadas, em sua maioria, na década de 80, num contexto de redemocratização da sociedade brasileira, essas escolas surgiram como estratégias frente ao problema, já identificado naquela época, da baixa qualificação da força de trabalho empregada nos serviços de saúde.

A busca por institucionalizar um projeto nacional de formação profissional partiu da constatação da existência de 300 mil trabalhadores empregados nos

serviços de saúde, que, à época, representavam 50% da força de trabalho em saúde, desenvolvendo tarefas de natureza complexa, que terminavam por colocar em risco a assistência prestada ao usuário (Santos & Souza, 1989).

Buscando romper com os limites do utilitarismo e imediatismo presentes na tradicional formação e nos treinamentos em serviço, foi constituído um processo alternativo de qualificação profissional na área da saúde para pessoal de nível médio e elementar. Nascia, assim, o Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar para os Serviços de Saúde, mais conhecido como Projeto Larga Escala.

Nos últimos anos, esse esforço também se encontra associado ao desafio de construção do SUS, cuja busca pela universalidade, equidade e integralidade da assistência, com descentralização e controle social, envolve permanentemente a rediscussão do perfil dos profissionais responsáveis pelo trabalho em saúde no país.

Atualmente o país conta com 24 escolas técnicas ou centros formadores que trabalham com a profissionalização dos trabalhadores em saúde, especialmente do pessoal de enfermagem. Além dessas escolas, quatro estados, através de suas secretarias de saúde, têm autorização para desenvolver cursos avulsos de formação de pessoal de saúde.

Nos últimos oito anos, passaram pelo processo de profissionalização aproximadamente 23 mil trabalhadores. Em 1997, este processo contou com a adesão de 2.077 profissionais dos serviços de saúde que, após passarem por capacitações técnicas e pedagógicas, assumem temporariamente a função docente, tornando-se facilitadores do processo ensino-aprendizagem, participando da qualificação dos trabalhadores de saúde como instrutores e supervisores das atividades teórico-práticas.

Algumas características da oferta de qualificação profissional das Escolas Técnicas de Saúde demonstram uma estreita ligação a interesses setoriais: a integração ensino-serviço; a flexibilidade e descentralização na organização e execução dos cursos; a formatação de currículos integrados; a avaliação progressiva e constante do 'aluno-trabalhador'; a compatibilidade com o modelo de atenção vigente, visando a uma prática profissional integral, a partir de uma percepção crítica da realidade.

O eixo orientador da produção das Escolas Técnicas de Saúde do SUS tem sido - ao longo de sua criação e desenvolvimento - formação de pessoal empregado no setor, tomando as práticas em saúde como referência. Isto significa incorporar ao processo educativo o reconhecimento das necessidades de saúde e o perfil

epidemiológico da população, como pontos de partida para se compreender o processo social de produção da doença e da saúde.

Do ponto de vista metodológico, a qualificação profissional parte das experiências vivenciadas pelos sujeitos em seus processos de trabalho, envolvendo contínua problematização e reflexão sobre as possibilidades de reorganização do próprio trabalho. A perspectiva é o desenvolvimento de uma abordagem crítica que interfira na visão desses sujeitos sobre o trabalho e sobre o mundo em que estão inseridos.

Os conteúdos são discutidos em uma seqüência lógica de conceitos e ações, partindo-se do simples para o complexo, do concreto para o abstrato. A adoção dessa modalidade pressupõe uma apropriação dos conhecimentos e das técnicas de forma gradual, encadeada e sucessiva. A concepção que embasa a profissionalização em serviço está alicerçada na compreensão do processo educativo em sua dimensão política. Pressupõe um conceito de recursos humanos para além daquele relacionado à mão-de-obra e ao insumo da produção, assumindo-os como sujeitos do processo produtivo, agentes potenciais de mudanças.

A despeito da adoção de um modelo altamente flexível do ponto de vista didático-pedagógico, essas escolas passam por grandes dificuldades, expressas em questões de natureza técnico-políticas. Recente diagnóstico apontava uma série de entraves para o desenvolvimento efetivo das propostas de formação, merecendo destaque: a insuficiência de recursos humanos e financeiros, a baixa autonomia de gestão, o baixo prestígio político e a insuficiente articulação de parceiros (EPSJV, 1997). Essas questões, condicionadas sobremaneira pela baixa visibilidade do trabalho de formação para pessoal de nível médio em saúde e por uma certa incompreensão das funções de uma escola no interior do sistema de saúde, têm suscitado exaustivas discussões sobre a efetividade desse processo.

ALGUNS DESAFIOS PARA AS ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS

É preciso dizer que novos desafios se somam, neste momento, aos problemas já existentes, tornando mais complexa a atuação das Escolas Técnicas de Saúde. Os anos 90 trazem um conjunto de inovações e de reformas, acrescentando novos dilemas às escolas. A complexidade a que nos referimos tem origem principalmente nos campos do mercado e da regulação educacional, que se interpenetram, como conseqüências diretas sobre as funções e o modo de atuar dessas escolas.

Sob o ponto de vista da dinâmica recente do mercado de trabalho setorial, uma das tendências mais fortemente observadas, através de pesquisa de segmento de sinais de mercado, é o crescimento da demanda por pessoal de saúde com maior grau de escolaridade. Entre 1986 e 1996, o número de empregos para pessoal com 2º grau completo nos serviços de saúde - aí incluídos os de natureza pública e privada - cresceu de 19,92% para 30,76%. Demonstra-se, dessa forma, uma mudança significativa no perfil instrucional do emprego no setor ao longo da última década (Girardi, 1998).

Entretanto, também é possível verificar que, do ponto de vista das relações contratuais de trabalho, novas estratégias de gestão de recursos humanos vêm ganhando espaço no interior das organizações de saúde, em especial nas secretarias municipais de Saúde. Vale mencionar o aumento dos contratos temporários, através de processos de terceirização da força de trabalho, para além dos tradicionais serviços de vigilância, alimentação, manutenção e outros de apoio, incluindo hoje os profissionais de saúde.

A crescente instituição de cooperativas, utilizando principalmente organizações não governamentais, geram diferentes modalidades de contratação de pessoal, firmadas através de contratos precários de trabalho, revelando a possibilidade de crescimento da rotatividade da força de trabalho empregada. A adoção dessas experiências compõe o cardápio da chamada “flexibilidade de gestão”, cuja expressão mais recorrente são as novas formas de contratação de pessoal (Nogueira, 1996).

Ao nosso ver, este cenário implica redefinições importantes para o conjunto de atores que realizam processos de profissionalização de pessoal de nível médio em saúde, especialmente para as Escolas Técnicas de Saúde do SUS. Até então, essas escolas trabalhavam com o componente da formação profissional, a partir do desenvolvimento de conteúdos mínimos profissionalizantes, e a escolaridade não era um requisito imperativo ou impeditivo para o desenvolvimento de algumas propostas de qualificação profissional.

Nesta perspectiva, parece-nos uma exigência importante a promoção de uma maior articulação institucional entre os projetos de educação profissional e de educação geral, possibilitando uma oferta de formação para os trabalhadores da saúde mais integrada, voltada para qualificações que ampliem o seu leque de inserção no mercado de trabalho. A atual tendência do crescimento de trabalhos em comunidades e em domicílios, mediante a prestação autônoma de serviços, exige do profissional uma qualificação que lhe assegure competência para a conquista e manutenção do seu espaço de trabalho.

As questões aqui destacadas demandam um repensar em torno da missão dessas escolas, do perfil da clientela atendida, dos desenhos adotados de qualificações, dos modelos pedagógicos instituídos e das parcerias estabelecidas. A discussão desses problemas parece requerer uma mudança de formato,

ampliando o rol de atribuições das Escolas Técnicas de Saúde. Entendemos que há indicativos de que sejam reforçados seus processos de gestão, tornando-os processos flexíveis, articulados, abertos, e construídos sobretudo através de parcerias entre instituições públicas, privadas, filantrópicas etc.

Longe de assumirmos uma postura prescritiva, gostaríamos de assinalar alguns pontos que nos parecem vitais para a sobrevivência das Escolas Técnicas de Saúde do SUS, num cenário de transformações e de mudanças, consubstanciadas em incerteza de mercados de trabalho, heterogeneidade de projetos organizacionais e desregulações institucionais e profissionais.

Nesta perspectiva, o fortalecimento institucional das Escolas Técnicas de Saúde do SUS deveria visar à preparação de todas as escolas para o desenvolvimento de alguns processos, dentre os quais destacamos:

- a garantia da continuidade dos processos de formação profissional consoante com as diretrizes educacionais dispostas na LDB e no Decreto nº 2.208, ou seja, abrangendo tanto o nível básico quanto o técnico da educação profissional;
- o acompanhamento da implementação da gestão plena da atenção à saúde nos municípios e estados, o que implica ampliar a cobertura de educação profissional em saúde e diversificar a oferta de cursos;
- o desenvolvimento de sistemas de informação que identifiquem a necessidade de novos perfis profissionais, a partir da organização de serviços públicos e privados de saúde, sendo capazes de adequar sua oferta de cursos de forma ágil;
- a participação nos processos de regulação profissional e institucional no âmbito do SUS, buscando interferir na dinâmica de admissão dos trabalhadores e no atendimento à demanda por formação profissional;
- a participação no delineamento do Sistema de Certificação de Competências de modo a preservar a qualidade da educação profissional em saúde, através da instituição e avaliação de parâmetros de qualidade.

É fundamental para a reconfiguração dessas organizações o desenvolvimento de algumas linhas estratégicas, que possam dotar as Escolas Técnicas de Saúde do SUS, existentes e as que forem criadas, de formato jurídico-institucional que lhes dê flexibilidade gerencial e administrativa, possibilitando inclusive a captação de recursos externos. Neste sentido, o incremento de um projeto de transformação dessas organizações não poderá prescindir de articulação com governos e legislativos, estaduais e municipais, para a constituição deste novo arcabouço jurídico-institucional.

Também havemos de pensar no investimento em um programa de capacitação gerencial, visando à modernização das escolas, através da preparação do seu corpo técnico-administrativo, além da capacitação de docentes que possam desenvolver as diferentes modalidades de educação profissional em saúde.

Por fim, esperamos ter conseguido expressar que o sucesso na implementação das idéias aqui discutidas depende, no caso do setor saúde, de uma política de recursos humanos que ajuste os parâmetros da formação profissional de nível médio em saúde, balizados pela nova LDB, à otimização do potencial da capacidade oferecida pelas Escolas Técnicas de Saúde do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARROYO, M. G. Trabalho: educação e teoria pedagógica. In: FRIGOTTO, G. (Org.) *Educação e Crise do Trabalho: perspectivas ao final de século*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 1997: *o ano da saúde no Brasil - ações e metas prioritárias*, março de 1997.
- BRASIL. Parecer CEB/CNE 15/98, da Conselheira Guiomar Namó de Mello, 1998.
- BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. *Proposta de Diretrizes Curriculares para a Educação Profissional*. Brasília, abril de 1999.
- DELUIZ, N. *Mudanças no mundo do trabalho e necessidades de qualificação de trabalhadores de saúde*. Texto apresentado à Reunião de Ia Red Latinoamericana de Técnicos em Salud. Opas/OMS. Rio de Janeiro, 3 a 5 de setembro de 1997.
- EPSJV (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO)/ FIOCRUZ. *Projeto Escola: situação da rede de escolas técnicas de Saúde do SUS*. Rio de Janeiro, 1997.
- GIRARDI, S. *Estrutura e dinâmica dos mercados de trabalho do pessoal de enfermagem no Brasil dos anos 90*. Trabalho realizado para o Ministério da Saúde, Brasília, 1998.
- NOGUEIRA, R. P. *Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde*. Divulgação em Saúde para Debate. Curitiba: v. 14, 1996.
- PEDUZZI, M. Paineis: *Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde*. Texto elaborado para o Seminário "A Formação Técnica em Ciência e Tecnologia em Saúde". Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz. Rio de Janeiro, 21 e 22 de maio de 1997.
- SANTOS, I. & SOUZA, A. Formação de pessoal de nível médio pelas instituições de saúde: Projeto Larga Escala, uma experiência em construção. *Saúde em Debate*, 25, Cebes, Brasília, março de 1989.
- TANGUY, L. & ROPÉ, E. *Saberes e Competências: o uso de tais noções na escola e na empresa*. São Paulo: Papyrus, 1997.

ATENÇÃO PRIMÁRIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE*

José Roberto Ferreira & Paulo Marchiori Buss



Durante a década de 60, em várias partes do mundo, o amplo debate que realçou a determinação econômica e social da saúde abriu caminho para a busca de uma abordagem positiva nesse campo, visando a superar a orientação centrada predominantemente no controle da enfermidade. Entre os inúmeros intentos registrados com tal orientação, merecem destaque especial a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior – com a realização das duas primeiras missões de observação de especialistas ocidentais promovidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sob a liderança de Halfdan Mahler (1973-74) –, e o movimento canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde: “Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses” (1974), posteriormente reforçado com o Relatório Epp: “Alcançando Saúde para Todos” (1986).

Estes dois acontecimentos estabeleceram as bases para importantes movimentos de convergência na conformação de um novo paradigma formalizado na Conferência de Alma-Ata (1978) com a proposta de Saúde para Todos no Ano 2000 e a estratégia de Atenção Primária de Saúde, que alcançou destaque especial na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), com a promulgação da Carta de Ottawa, e que vem se enriquecendo com a série de declarações internacionais periodicamente formuladas nas conferências realizadas sobre o tema.

Certamente, o relato das missões enviadas à China em 1973 e 1974 constitui uma das primeiras observações relativas ao cuidado da saúde que extrapola a tradicional abordagem da atenção médica. Esse relato menciona um conjunto de atividades para a melhoria da saúde, realizadas em ambiente predominantemente rural pelos chineses desde 1965 com a inclusão de:

- organização da comunidade local;
- atenção aos anciãos, mais além da assistência do Estado;

* Texto retirado da revista *Promoção da Saúde* do Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde, 2001. (Reprodução autorizada pelos autores).

- promoção do desenvolvimento de indústrias caseiras;
- ajuda às escolas e serviços em geral;
- organização do povo para cuidar da saúde ambiental;
- realização de cuidados preventivos e tratamentos, incluindo o uso de ervas medicinais;
- apoio à manutenção da ordem social no tráfego, policiamento e nos incêndios;
- promoção de campanhas de saúde em todos os níveis, a fim de substituir velhos costumes e mobilizar a comunidade para:
 - movimentos de massa contra as “quatro pestes”;
 - limpeza das casas, quintais e ruas;
 - orientação de hábitos higiênicos;
 - manutenção e uso da água potável;
 - construção de unidades rurais de saúde;
 - preparação de insumos simples (utensílios, pílulas, poções);
 - controle da limpeza de locais públicos.

Essas atividades, desenvolvidas pelos Comitês Comunais, envolviam num clima de autoconfiança os mais distintos segmentos da população, como os jubilados, os soldados, os jovens educados, o homem comum, as associações de mulheres, os ativistas de saúde, todos sob a orientação dos responsáveis pela saúde – que, normalmente, eram os chamados “médicos descalços” (*barefoot doctors*).

Quando a isto se soma a responsabilidade de programar e atribuir os recursos disponíveis para sua realização, pode-se caracterizar uma situação muito próxima da que hoje os canadenses promovem como o ‘empoderamento’ (*empowerment*) da sociedade, guardando-se as devidas proporções e considerando-se as diferenças culturais e os bloqueios idiomáticos, que às vezes dificultavam bastante a interpretação das observações realizadas.

É interessante observar que o propósito da OMS com os relatórios citados era publicar um livro que pudesse expor esse tipo de abordagem não-convencional, aparentemente bem-sucedida; entretanto, consta que, ao solicitarem das

autoridades chinesas a necessária autorização, receberam como resposta a indicação de que as mesmas “consideravam esta experiência não suficientemente madura para poder ser divulgada”. Obviamente, a publicação apenas parcial dos relatos não impediu o aproveitamento das idéias observadas na conformação da proposta de atenção primária de saúde, adotada quatro anos mais tarde por todos os países do mundo (embora a adoção do discurso não tenha alcançado, até hoje, a ampla aplicação da orientação proposta).

Tornando-se apenas alguns trechos da Declaração de Alma-Ata, é possível demonstrar como a mesma foi suficientemente clara ao indicar:

I - A conquista do mais alto grau de saúde exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos além do setor saúde;

III - A promoção e proteção da saúde da população é indispensável para o desenvolvimento econômico e social sustentado e contribui para melhorar a qualidade de vida e alcançar a paz mundial;

IV - A população tem o direito e o dever de participar individual e coletivamente na planificação e na aplicação das ações de saúde;

VII.1 - A atenção primária de saúde é, ao mesmo tempo, um reflexo e uma consequência das condições econômicas e das características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades;

VII.3 - Compreende, pelo menos, as seguintes áreas: a educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta correspondentes; a promoção do aporte de alimentos e de uma nutrição apropriada; um abastecimento adequado de água potável e saneamento básico; a assistência materno-infantil, com inclusão da planificação familiar; a imunização contra as principais enfermidades infecciosas; a prevenção e luta contra enfermidades endêmicas locais; o tratamento apropriado das enfermidades e traumatismos comuns; e a disponibilidade de medicamentos essenciais;

VII.4 - Inclui a participação, ademais do setor saúde, de todos os setores e campos de atividade conexos do desenvolvimento nacional e comunitário, em particular o agropecuário, a alimentação, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outras, exigindo os esforços coordenados de todos estes setores;

VII.5 - Exige e fomenta, em grau máximo, a auto-responsabilidade e a participação da comunidade e do indivíduo na planificação, organização, funcionamento e controle da atenção primária de saúde.

Na verdade, o texto da Declaração de Alma-Ata, ao ampliar a visão do cuidado da saúde em sua dimensão setorial e de envolvimento da própria população, superava o campo de ação dos responsáveis pela atenção convencional dos serviços de saúde. Entretanto, estes últimos, instintivamente, concediam maior prioridade à perpetuação das atividades com as quais estavam mais familiarizados, que eram, justamente, aquelas referidas no parágrafo VII.3, com os oito elementos mais diretamente relacionados com os problemas de saúde – aqui considerada no seu sentido clássico de ausência de enfermidade, e não como o completo bem-estar físico, mental e social que a própria OMS havia consagrado 35 anos antes, num gesto talvez excessivamente otimista.

Apesar dessa evolução, é importante notar que a proposição era correta e desde o princípio apontava para uma nova concepção de promoção da saúde, que, embora não totalmente delineada, já valorizava a saúde como componente central do desenvolvimento humano, ressaltando, sem usar a terminologia de determinantes da saúde, os fatores necessários para assegurar a qualidade de vida e o direito ao bem-estar social.

O outro elemento que veio a reforçar essa evolução foi o Relatório Lalonde, com a caracterização do campo da saúde e a evidência de que o tradicional padrão assistencial era o componente deste campo que menos efeito parecia ter para promover uma saúde melhor. Com esse documento, passaria a ser concedida maior importância aos outros três componentes – biologia humana, ambiente e hábitos de vida. Com isto, já na 34^a Assembléia Mundial da Saúde, na elaboração do Sétimo Programa de Trabalho da OMS (1984-89), foram incorporados os determinantes da saúde.

Enquanto isso, no Canadá, o avanço foi limitado, tendo-se concentrado praticamente, num primeiro momento, no quadrante do campo da saúde correspondente aos estilos de vida, com ênfase na ação individual. Este fato foi objeto de ampla crítica, porque, se por um lado poderia influenciar o alcance de uma saúde melhor, por outro culpava a própria vítima por sua possível enfermidade. Contrária a esse enfoque individual da promoção da saúde, surgiu a abordagem social, destacada, entre outros, pelo Relatório de Sir Douglas Black, na Inglaterra, que despertou a atenção internacional para a amplitude da iniquidade social e a relação entre classe social e indicadores de morbidade e mortalidade (1980).

A essa altura, na América Latina, essa observação já vinha sendo amplamente disseminada, em especial na área acadêmica, nos trabalhos de Juan Cesar Garcia, Cristina Laurell, Jaime Breilh, Cecilia Donangelo e Sergio Arouca, que, entre vários outros, no desenvolvimento do ensino da medicina

preventiva e social, introduziram importante evidência, resultante da expansão da pesquisa no campo das ciências sociais aplicadas à saúde. Obviamente, a reação do que na época era visto como o Terceiro Mundo não alcançou maior repercussão na evolução das práticas discutidas nos países centrais. No Sul, destacavam-se as causas sociais e, no Norte, discutiam-se possíveis abordagens individuais, sem que qualquer interação se viabilizasse entre os principais atores da época.

No ano seguinte, em 1981, a Primeira Conferência Nacional de Saúde, no Canadá, introduziu a idéia de que o contexto social era um poderoso determinante da saúde porque moldava o comportamento individual, admitindo-se que a escolha do estilo de vida dependia da classe social. Com isto, uma visão ampliada de promoção da saúde implicava uma atuação sobre as iniquidades (incluindo o *status* socioeconômico), estendendo o âmbito da prevenção e apoiando o povo para enfrentar essas circunstâncias. Assim, a promoção da saúde passou de sua base nos estilos de vida à nova orientação centrada nos fatores sociais e ambientais.

Em 1984, sob a liderança do ministro Jake Epp, na conferência canadense denominada “Além do Cuidado da Saúde”, com a participação do Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde (Euro/OMS), dois novos conceitos foram introduzidos: política pública saudável e cidade ou comunidade saudável. Com isso, admitiu-se a influência, na situação de saúde, de decisões políticas externas a esse setor e, com a idéia de ‘cidade saudável’, avançou-se no conceito de ‘empoderamento’ e participação social, promovendo saúde por meio da descentralização do poder para as comunidades locais. A estratégia de atenção primária de saúde (Alma-Ata) com enfoque multissetorial, envolvimento comunitário e componentes de tecnologia apropriada reforçou a promoção na direção da saúde ambiental.

Com essa motivação foi planejada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em novembro de 1986, em colaboração com a OMS e a Associação Canadense de Saúde Pública. Tal seqüência de eventos evidencia a clara inter-relação existente entre os conceitos de atenção primária de saúde, promoção da saúde e cidades saudáveis, como se pode observar no quadro a seguir, considerando-se os componentes contidos em cada uma das respectivas propostas:

ALMA-ATA	PROMOÇÃO DA SAÚDE	CIDADE SAUDÁVEL
1973-1978	1974-1986	1984
<ul style="list-style-type: none"> • Outros setores • Promoção/qualidade • Participação/planos • Atenção primária de saúde <ul style="list-style-type: none"> - Educação - Alimentação - Saneamento - Materno-infantil - Imunizações - Prevenção de endemias - Doenças/traumatismos - Medicamentos • Tecnologia adequada <ul style="list-style-type: none"> - Ação comunitária - Autodeterminação - Auto-responsabilidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade da comunidade para melhorar a qualidade de vida • Participação decisória • Políticas saudáveis • Abordagem setorial • Ambientes favoráveis • Habilidades pessoais • Reconvenção do sistema de saúde <ul style="list-style-type: none"> - ênfase na equidade - atenção determinante - extensão da promoção - prevenção, tratamento e reabilitação 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunidade participa dos planos para melhorar o ambiente e a qualidade de vida • Amplia a participação • ‘Empoderamento’ • Compromisso público local • Políticas saudáveis • Ênfase em equidade • Atenção determinante • Macrofunção social <ul style="list-style-type: none"> - trabalho e renda - infra-estrutura - desenvolvimento social - saúde e nutrição
‘EMPODERAMENTO’		SUSTENTABILIDADE SOCIAL

SUSTENTABILIDADE SOCIAL

Nesses três esquemas estão presentes a abordagem intersetorial, a participação e a responsabilidade da sociedade na formulação de políticas favoráveis à saúde e a uma qualidade de vida melhor, com ênfase em ambientes saudáveis e equidade, campos em que se avançou muito pouco nos últimos 25 anos. Nos vários pronunciamentos está presente, também, a reorientação do sistema de serviços de saúde, mas num segundo plano, como para indicar que, embora importante, não chega a ser considerada prioritária e que o alcance de sua efetividade dependeria da implementação prévia de seus primeiros componentes.

Entretanto, esse último – o reforço dos serviços – é o que mais se pratica no contexto da reforma do setor saúde, embora a ênfase ainda corresponda à atenção terciária e pouco tenha avançado a idéia da integração dos componentes promocionais, preventivos e curativos dos serviços de saúde em apoio à atenção primária de saúde.

A partir da Primeira Conferência, e incluindo este evento, foram realizadas sete iniciativas multinacionais, cinco de caráter internacional/global, respectivamente em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997) e México (1999), e outras duas de caráter sub-regional, em Bogotá (1992) e Port of Spain (1993). Elas vêm desempenhando importante papel na manutenção da motivação e interesse sobre o tema, ao mesmo tempo em que promovem avanços significativos com a contínua ampliação dos campos de ação e abordagens mais efetivas para o alcance dos objetivos traçados.

Assim, o marco de referência principal da promoção da saúde, estabelecido na primeira conferência, foi-se ampliando com novos elementos, tais como:

- a responsabilidade internacional que prevê que os países mais desenvolvidos assegurem que suas próprias políticas resultem em impactos positivos sobre a saúde das nações em desenvolvimento;
- a ênfase em políticas relativas à saúde da mulher, à alimentação e nutrição, ao controle do tabaco e do álcool e à criação de ambientes favoráveis;
- a procura de equidade, visando a superar a pobreza e lograr um desenvolvimento sustentável com o pagamento da dívida humana e ambiental acumulada pelos países industrializados;
- o respeito à biodiversidade, tendo em vista a interdependência entre os seres vivos e as necessidades de futuras gerações, com especial referência aos povos indígenas e sua possível contribuição ambiental;
- a ampliação dos determinantes da saúde, com a consideração de fatores transnacionais, a integração da economia global, os mercados financeiros e o acesso aos meios de comunicação;
- a promoção da responsabilidade social com o 'empoderamento' da população e aumento da capacidade da comunidade para atuar nesse campo;
- a definição de espaços/ambientes para a atuação no processo de promoção da saúde (escolas, ambientes de trabalho, etc.) e o intercâmbio de informações sobre a efetividade de estratégias nos diferentes ambientes/territórios;
- o impulso à cultura da saúde, modificando valores, crenças, atitudes e relações que permitam a produção e utilização de ambientes saudáveis;
- a convocação e mobilização de um grande compromisso social para assumir a vontade política de fazer da saúde uma prioridade;

- a construção de alianças e coordenação, especialmente com os meios de comunicação que desempenham importante papel por seu considerável poder e prestígio, na formulação de políticas e programas que influem na saúde da população.

Enquanto esse movimento avançava no contexto mundial sob o patrocínio da OMS, incorporando-se como um novo paradigma na conformação das funções essenciais da Saúde Pública, no Canadá desenvolveu-se uma ampla controvérsia entre os líderes da promoção da saúde e uma nova corrente, denominada 'saúde populacional', com diferenças sutis em relação à proposta original. Seus promotores, provenientes do campo da epidemiologia, insistiam na necessidade de evidência demonstrativa dos resultados alcançados, que, no caso da promoção da saúde (analisada predominantemente pelo fator estilo de vida), pareciam insuficientes.

Sem mais detalhes sobre este debate, que vem se desenvolvendo entre 1994 e 1996, e ainda persiste, para respaldar a importância concedida ao tema, vale informar a solução encontrada no contexto canadense: ela combina um modelo de promoção da saúde com o de saúde populacional, numa política tridimensional que integra os determinantes da saúde com os vários níveis de população (do indivíduo à sociedade) e as cinco estratégias da Carta de Ottawa (políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, ação comunitária, habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde).

Na prática, o destaque das conexões entre saúde e cuidado de saúde resulta fundamental para a sustentabilidade dos enfoques não-médicos como meios primários de melhorar a condição de saúde. E a possibilidade de uma articulação em toda a amplitude do processo de atenção permitirá estabelecer um gradiente no qual a superação de problemas críticos do passado poderá dar lugar a uma apreciação melhor dos benefícios dessa nova saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BUSS, P. M. & cols. *Promoção da saúde e a saúde pública*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, julho de 1998. (Mimeo.)

FERREIRA, J. R. A promoção da saúde na Nova Política Mundial de Saúde da OMS. In: BUSS, P. M. & cols. *Promoção da saúde e a saúde pública*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, julho de 1998. (Mimeo.)

LEGOWSKI, B. & MCKAY, L. Health beyond health care: twenty-five years of federal health policy development. Health Network, Canadian Policy Research Networks, Inc. Ottawa, out. 2000. (Mimeo.)

OMS. Relatório das missões oficiais da OMS à China, realizadas em 1973 e 1974, 1975.

OMS/UNICEF. Primary Health Care: Report of the International Conference on PHC, Alma-Ata, USSR, 6-12 set. 1978: WHO, Health-for-All Series n° 1. (Inclui a Declaração de Alma-Ata), 1978.



PROMOÇÃO DA SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Sônia Regina de Oliveira Rocha & Eugênia Maria Silveira Rodrigues

Inquestionavelmente, as desigualdades sociais representam fatores limitantes para a produtividade, a cidadania e o desenvolvimento das nações, pois envolvem a exclusão de populações a direitos básicos do ser humano – habitação, trabalho, educação, alimentação, saúde. Entretanto, apenas em 1992, na Conferência de Santafé de Bogotá, fórum em que as nações latino-americanas, dentre as quais o Brasil, elegeram a equidade e a solidariedade como condições indispensáveis ao processo de redução das situações excludentes, essa relação de mútua determinação entre saúde e desenvolvimento foi delimitada (Yunes, 2000).

Passados nove anos, a equidade e a solidariedade são novamente apontadas, dessa vez na Declaração do III Encontro de Cúpula das Américas, realizado em abril de 2001, na cidade de Quebec, Canadá, como elementos importantes para o desenvolvimento das nações americanas. Os governos signatários desta declaração, visando a promover o desenvolvimento democrático e garantir o bem-estar social da população, reconhecem a necessidade de continuar direcionando esforços para diminuir as desigualdades sociais, fortalecer o cumprimento aos direitos humanos, melhorar o acesso da população à educação e promover a integração econômica entre os hemisférios (Canadá, 2000).

Falar em equidade significa falar da geração de protagonismos, individual e coletivo, que se estendem à responsabilização de vários níveis: governo, setor saúde, setores sociais e econômicos, organizações não-governamentais e voluntárias, lideranças locais e mídia.

No contexto da América Latina, o Brasil tem o desafio de transformar as relações excludentes em sua sociedade, conciliando interesses econômicos e propósitos sociais de bem-estar para todos. Como parte desta tarefa, o governo brasileiro vem investindo em iniciativas de inegável alcance social, com o objetivo de reduzir as desigualdades de acesso e de atenção às necessidades individuais, em áreas de forte impacto no desenvolvimento do ser humano, das comunidades e das nações, a exemplo da saúde.

Nesse sentido, vêm sendo direcionados esforços para a construção de um novo relacionamento entre os serviços de saúde, os profissionais que neles atuam, os usuários e a comunidade onde esses serviços estão localizados, bem como para a continuidade ao processo de fortalecimento da autonomia política e capacidade gerencial dos municípios, iniciado em 1993, que estimulou o fortalecimento da participação social no controle do uso dos recursos públicos. Além disso, os reflexos da implementação da Agenda 21, nos níveis estadual e municipal, e de projetos sociais voltados à geração de renda, melhoria das condições de vida em assentamentos rurais e urbanos, desenvolvimento local integrado e sustentável (DLIS), evidenciaram a necessidade da articulação intersetorial do setor saúde com demais setores da administração pública, nos três níveis de governo.

A implantação do Projeto Promoção da Saúde, em 1998, veio atender a estas demandas incorporando a intersetorialidade, a valorização da qualidade de vida e a participação social como pressupostos básicos para sua atuação. Sob tal ética, as linhas de atuação do Projeto direcionam-se para a construção de municípios mais saudáveis, de escolas e empresas promotoras da saúde, qualificação de gestores municipais e a promoção de estilos de vida que proporcionem um envelhecimento saudável. A proposta brasileira de Promoção da Saúde considera, também, a educação e a comunicação em saúde como elementos preponderantes para potencializar, de forma matricial, os esforços das demais linhas de atuação.

A construção da política nacional de Promoção da Saúde constitui uma prioridade no âmbito do Ministério da Saúde (MS). Embora somente há pouco mais de dois anos a Promoção tenha se configurado formalmente na instituição, diversos municípios vêm desenvolvendo ações específicas nesta área. Ao mesmo tempo, os pressupostos da Promoção da Saúde foram incorporados nos princípios e diretrizes de iniciativas do MS, como os programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF), focados na reorientação dos serviços de saúde, ampliação do acesso da população aos mesmos e vigilância à saúde das famílias e dos seus entornos. Na medida em que promovem articulações e fortalecem alianças em torno da Promoção da Saúde e, conseqüentemente, da qualidade de vida, o PACS e o PSF constituem, também, mecanismo de geração de emprego e renda no setor saúde, processo de interiorização da saúde e comprometimento com a intersetorialidade.

Até abril de 2001, 158.934 agentes comunitários de saúde, trabalhadores assalariados recrutados e atuantes em suas comunidades, mediante visitas domiciliares, identificaram, encaminharam, orientaram e acompanharam procedimentos de saúde de mais de 90 milhões de pessoas, cobrindo cerca de 80% do território brasileiro e o equivalente a 50% da população. Por sua vez, compostas minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de

enfermagem e cinco a seis agentes de saúde, as 13.337 equipes de Saúde da Família assistem pouco mais de 46 milhões de pessoas, aproximadamente 30% da população (Brasil, 2001).

A abordagem em Saúde da Família representa uma mudança no paradigma do modelo assistencial no país. Ao promover um novo relacionamento entre os serviços e a população e ao buscar o entendimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença, os profissionais de saúde passam a perceber o indivíduo nos seus diversos ciclos de vida, inserido no contexto das relações familiares e das relações com a comunidade.

A Promoção da Saúde fundamenta-se na percepção de cada indivíduo e de cada comunidade acerca dos conhecimentos científicos das práticas de saúde e na aplicação destes conhecimentos, o que leva a uma prática coletiva fundamentada no autoconhecimento e no autocuidado, numa evolução constante na busca do saber viver (Mendes, 1996).

Esta visão contrapõe-se à idéia de que cada indivíduo é, por si só, responsável por sua saúde ou ausência dela. Considerar estilos de vida não saudáveis – inexistência de recreação e exercícios físicos, excesso de alimentação, consumo de bebidas alcoólicas, fumo, dependência de drogas e riscos ocupacionais (inadaptação ao trabalho, imprudência ao dirigir) – como riscos autocriados merece cautela. Sob essa perspectiva, intervenções individuais ‘descontextualizam’ o comportamento de risco e falham no investimento de recursos humanos, materiais e financeiros, uma vez que tais comportamentos são socialmente gerados e mantidos. Tais intervenções, resguardada a sua importância, não podem ser separadas dos aspectos mais abrangentes como políticas governamentais, prioridades organizacionais e comportamentos profissionais. As investigações vêm demonstrando que uma estratégia integral dirigida à população é mais efetiva e eficaz do que uma ação no nível de alto risco individual.

Neste caminhar em direção ao desenvolvimento e à redução das situações excludentes, o Brasil já detém resultados positivos na mudança do modelo assistencial, no fortalecimento da autonomia administrativa dos municípios e na implementação dos níveis de participação social. No entanto, o país, como outras nações latino-americanas, ainda apresenta um quadro epidemiológico marcado pela persistência e ressurgimento de doenças endêmicas e transmissíveis, pelo incremento de doenças associadas ao crescente processo de urbanização e a agravos decorrentes de causas externas, como acidentes e violências (McKinlay, 1992).

Por esta razão, os projetos prioritários da Promoção da Saúde no Brasil focalizam a construção de municípios mais saudáveis, comprometidos com a preservação do meio ambiente, a busca pela melhor qualificação dos gestores municipais, a redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito, a violência

na família e na sociedade, a promoção da atividade física para escolares, trabalhadores, adultos e idosos (para estes últimos, é vista também como estratégia para a prevenção e controle de doenças crônico-degenerativas), a capacitação de comunicadores sociais e de profissionais da grande imprensa, a produção de materiais informativos para professores do ensino fundamental, escolares, radialistas.

O desenho de estratégias de comunicação é, sem dúvida, um instrumento de destaque na implementação da Promoção da Saúde. Com base no entendimento de que os estilos de vida da população não constituem riscos autocriados, a abordagem da comunicação precisa também privilegiar os aspectos educativos em vez de valorizar somente os aspectos informativos, haja vista que a informação em si não provoca mudança de comportamento. Ao privilegiar os aspectos educativos, a comunicação focaliza o receptor – seus desejos e expectativas, o conhecimento anterior sobre o tema, suas atitudes e percepções. Dessa forma, as ações de Promoção da Saúde ficam mais próximas de levar indivíduos e populações a transformarem hábitos e estilos de vida, construídos com base no exercício da cidadania, gerando, assim, comportamentos inovadores. No contexto da participação popular e da mobilização de gestores e profissionais de saúde, essa postura favorece o desenho de ações mais afinadas com o universo destes importantes atores.

Definitivamente, o Brasil está engajado e empenhado em consolidar a Promoção da Saúde, entendendo que tal estratégia é um processo político e social que requer, o envolvimento de cada uma e de todas as pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estatísticas Abril 2001*. Brasília, 2001.
- CANADÁ. Department of Foreign Affairs and International Trade. American Canada Org. *Summit of the Americas*, 2001, Québec, Canada.
(<http://www.Americancanada.org> - acesso em 24 abr. 2001).
- MCKINLAY, J. B. Health promotion through healthy public policy: the contribution of complementary research methods. *Can. J. Public Health*, v.8 (suppl. 1): S11-S19, 1992.
- MENDES, I. J. M. *Promoção de Saúde: caminhando para o Único*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, 1996. (Síntese apresentada para concurso de Livre-Docência, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública).
- YUNES, J. *Discurso*. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 5, 200, México, 2000.



OS DESAFIOS DO GESTOR LOCAL: ESTRUTURAS ORGANIZACIONAIS E OS MECANISMOS DE CONTROLE*

Rosani Evangelista da Cunha & Fausto Pereira dos Santos

A CONSTRUÇÃO DO SUS E A DEMANDA POR NOVAS ESTRUTURAS E PRÁTICAS GERENCIAIS: relação entre objetivos e processos

A primeira atitude ao se assumir a gestão de um serviço de saúde, no caso o Sistema Único de Saúde (SUS) em nível municipal, é tentar fazer uma 'reforma administrativa' para inaugurar uma administração que vai fazer tudo diferente e precisa 'enterrar' o passado, como se tudo o que se fez até o momento estivesse errado e nada pudesse ser aproveitado.

Esta concepção, além de equivocada na maioria das vezes, requer o esforço de uma equipe ainda em formação e desvia a atenção das atividades verdadeiramente fundamentais em qualquer início de gestão do sistema local de saúde.

O maior risco envolvido neste esforço é produzir uma nova estrutura organizacional que também não responda aos desafios, gerando um novo amontoado de 'quadrinhos' que irão perpetuar a disfuncionalidade organizacional antes criticada.

Reformas administrativas são necessárias, mas há um tempo técnico e político para sua elaboração. Elas precisam ser precedidas de um conhecimento da realidade a ser enfrentada, da experimentação prática da estrutura que está sendo proposta e, fundamentalmente, de uma definição do modelo assistencial ao qual irão responder. As mudanças na estrutura organizacional devem estar subordinadas aos objetivos maiores do sistema municipal de saúde. Por isso é importante que, na medida do possível, resultem de um consenso e que sejam formulados o mais claramente possível.

É importante enfatizar que, com base no conhecimento da realidade epidemiológica e estrutural, cabe ao dirigente municipal de saúde indicar as formas de definição dos objetivos organizacionais, formar uma equipe o mais coesa possível em torno deles e buscar o apoio político necessário à consecução desses objetivos. Este apoio deve vir do prefeito, dos colegas de direção da prefeitura, de vereadores e, necessariamente, dos novos atores que militam no cotidiano do sistema de saúde, os usuários e os trabalhadores do SUS.

* Texto retirado do Caderno *Planejamento e Gestão em Saúde*, organizado por Francisco Eduardo Campos, Lídia Maria Toron e Mozart de Oliveira Júnior. Belo Horizonte: Coopmed, 1988 (Caderno de Saúde, 2). Reprodução autorizada pelos autores.

Para a conquista desse apoio, que deve caminhar para uma parceria dos setores interessados na organização do sistema de saúde, é de fundamental importância a existência de regras claras, onde estejam definidas as formas e as instâncias decisórias para que se possa consumir uma gestão partilhada.

Este processo de mudança e incorporação de novos atores leva, necessariamente, a repensar práticas gerenciais que rompem com modelos previamente estabelecidos, em que eram comuns preceitos como o da centralização, no gestor, do planejamento e do processo decisório. Conceitos como planejamento local e participativo, instâncias colegiadas, autonomia gerencial, participação dos usuários e trabalhadores tornam-se obrigatórios na condução da política municipal de saúde.

GESTÃO ESTRATÉGICA E FUNÇÕES DO MUNICÍPIO NA ÁREA DE SAÚDE

A realidade encontrada nos diversos sistemas locais de saúde é bastante diferenciada, o que acarreta também processos bastante diferentes para enfrentá-la. Alguns aspectos, no entanto, são comuns e permitem apontar passos que poderão nortear a intervenção dos dirigentes municipais.

Gestão da Estrutura Própria

O diagnóstico da situação encontrada passa pelo reconhecimento da estrutura disponível (centros de saúde, laboratórios, organização da assistência farmacêutica, hospitais, prontos-atendimentos, organização da vigilância sanitária e epidemiológica, saúde do trabalhador), suprimentos, recursos humanos da rede, recursos financeiros próprios do município e de transferência, existência ou não de fundo municipal de saúde e conselho municipal de saúde, nível de descentralização administrativa (comissão de licitação própria, gestão de RH, gestão financeira etc.). O diagnóstico implica principalmente o conhecimento da realidade de saúde, incluindo o perfil epidemiológico da população, sua composição etária, áreas caracterizadas como de maior risco e principais estrangulamentos na atenção à saúde.

Na gestão dos serviços próprios, destacam-se três princípios: a descentralização, a autonomia e a democratização. Para o encaminhamento destes princípios, é fundamental constituir gerências em todos os níveis do sistema municipal de saúde, principalmente a gerência local. A presença de gerentes em cada unidade de saúde (centro de saúde, laboratório, pronto-socorro, hospital

etc.) ou serviço (vigilância sanitária, epidemiologia e informação, zoonoses) permite a responsabilização por meio da descentralização do planejamento, da autonomia gerencial e da democratização do processo decisório. Com isto, é possível construir uma rede de compromissos e um processo gerencial mais democrático e participativo por parte do gestor municipal.

Outra questão fundamental é a estruturação de uma área-meio, que consiga dar suporte às áreas-fim. Um setor de compras, almoxarifado e transporte, além de uma assessoria jurídica são fundamentais para garantir a agilidade e impedir que as ações-meio tomem o lugar das ações-fim na agenda cotidiana do gestor. É importante ressaltar que todas estas atividades estão normatizadas, existindo um arcabouço jurídico-legal que define as prerrogativas e responsabilidades do gestor. A Lei de Licitações nº 8.666, a Constituição, as Leis Federais nº 8.080 e nº 8.142, as leis da contabilidade, a prestação de contas ao Tribunal de Contas são exemplos deste tipo de normatização.

O mais importante talvez seja a conscientização do gestor de que, mais do que chefe, autoridade, ele é um coordenador de pessoas, um facilitador de processos, um condutor de uma equipe e o portador de uma delegação momentânea para a busca do objetivo de um grupo, que é o maior interessado na consolidação do SUS: os usuários.

Regulação da Rede de Serviços de Saúde

Somente com o incremento e a aceleração da municipalização este tema aparece na agenda dos municípios, principalmente a partir da constatação de que nos municípios de médio e grande porte existe uma forte presença do setor privado, que trabalha segundo uma lógica de preservação de seus interesses. A maioria das ações de assistência à saúde é realizada pelo setor privado contratado, e quase a totalidade dos recursos financeiros está comprometida com este setor. Esta realidade coloca os municípios como gestores marginais, ou meramente como prestadores de serviços, dificultando suas ações como articuladores de uma política municipal de saúde, perpetuando, assim, uma situação de descontrole, em que o setor prestador de serviços continua trabalhando segundo uma lógica em que os seus interesses estão preservados.

A busca de mudança desta lógica, colocando um novo papel para o município, passa a ser uma preocupação de grande parte dos municípios que assumiram a incumbência de controlar e avaliar uma rede de prestadores de serviços de saúde, sejam públicos, privados com fins lucrativos ou filantrópicos.

O principal desafio é buscar esta transformação com pouca experiência acumulada, sem modelos a serem copiados e sem causar descontinuidade à prestação de serviços. O importante é provocar um impacto positivo na assistência à saúde das pessoas, transformando o modelo técnico-assistencial centrado na rede hospitalar num modelo que dê conta da complexidade do perfil epidemiológico encontrado nas diversas realidades. Assumir o controle, a avaliação e a auditoria, bem como a realização dos contratos e convênios passa a ser, neste momento, condição *sine qua non* para a conquista desta possibilidade.

Quanto à rede não prestadora de serviços ao SUS, é importante a regulação por parte do gestor municipal, principalmente nos aspectos de vigilância sanitária, epidemiológica e direitos dos usuários.

Relações Intersetoriais

As relações intersetoriais interessam ao gestor municipal em dois aspectos. O primeiro se refere ao fato de que a implantação dos princípios do SUS ultrapassa em muito as atribuições do órgão municipal de saúde. Ações como combate à desnutrição materno-infantil, saneamento básico, controle de zoonoses, controle de fontes poluidoras e de desequilíbrios ambientais e políticas de assistência social colocam para o gestor municipal a necessidade imperiosa de buscar aliados em outros órgãos, governamentais ou não, para o enfrentamento destas questões. O outro aspecto é que esta articulação intersetorial pode-se tornar um momento importante na conquista de aliados para a consolidação dos objetivos organizacionais, situando o setor da saúde como o maior interessado na execução das políticas sociais, podendo direcioná-las de acordo com os princípios do SUS.

Estas articulações passam, principalmente, pela constituição de grupos de trabalho em que estejam presentes as diferentes áreas ligadas aos problemas a serem enfrentados. Assim, seriam constituídos grupos para o saneamento, o combate à desnutrição etc.

Relação e Gestão Intergovernamentais

A Constituição Federal de 1988 apresenta uma face visivelmente descentralizadora. Esta tendência é explicitada no claro reconhecimento do município como instância federada; na descentralização fiscal e tributária nela embutida, fortalecendo estados e municípios em detrimento da União; na ampliação do poder de legislação municipal, inclusive na questão tributária; e na definição das responsabilidades do nível municipal em relação a algumas políticas

setoriais. Estas políticas, no entanto, não constituem função exclusiva do município, e sim responsabilidade concorrente dos três níveis de governo, ou seja, são responsabilidade conjunta da União, do estado e do município. Isso pressupõe a construção de mecanismos de gestão partilhada entre os diferentes entes federados.

Esta característica de função concorrente está presente em diferentes políticas públicas, dentre elas a educação, a assistência social, a saúde e a moradia. Em nenhuma delas, no entanto, é tão visível a necessária articulação entre o local e o nacional como no processo de implementação do SUS. De um lado, numa dimensão vertical, é necessário construir um sistema único, com princípios doutrinários e organizativos comuns para todo o território nacional e com responsabilidade partilhada pelas três esferas de governo. De outro lado, estes elementos se submetem às peculiaridades e determinações locais, por meio da descentralização e do controle social do sistema, numa relação horizontal com a sociedade, demais políticas públicas e poder executivo local.

Ao lado do fortalecimento do papel do município como instância responsável pela saúde de sua população, a estruturação de um sistema único remete à discussão sobre a necessária articulação entre os diferentes níveis de governo. A saúde, função recorrente, depende da relação entre as três esferas de poder e da implementação de processos de gestão intergovernamental. É preciso definir claramente o papel da União, estados e municípios na organização de um sistema descentralizado, com base municipal, mas articulado de maneira a configurar um sistema *único* de abrangência nacional.

A operacionalização desse processo demanda a construção de mecanismos ágeis e eficientes de relação e gestão intergovernamentais. Essa articulação tem dois componentes: um primeiro entre os níveis de governo, ou seja, entre a União, estados e municípios, e um segundo, entre os municípios. Na relação entre as esferas de governo, são negociados e pactuados os critérios e mecanismos de operacionalização do processo de descentralização formalizados pela Constituição Federal, como, por exemplo, os tetos e os instrumentos para o repasse de recursos financeiros, a definição de atribuições e responsabilidades, e os instrumentos de programação. Na relação entre os municípios, são acertados os critérios e os mecanismos de referência, a troca de experiências na operacionalização do sistema e a organização de ações e serviços que atendam a mais de um município.

A transformação da relação e gestão intergovernamentais em prática cotidiana do sistema se dá via mecanismos formais e informais. São exemplos destes mecanismos as Comissões Intergestores Tripartites, em nível federal, e Bipartites, em nível estadual. Estas comissões foram criadas pela NOB-SUS 01/93 e se mostraram fundamentais na articulação política e administrativa entre os

níveis de governo. Outros mecanismos formais são os consórcios intermunicipais, organizados pelos municípios para resolver questões que interessam a mais de um deles; a programação ambulatorial e hospitalar pactuada entre os municípios, o estado e a União. Como exemplo de mecanismo informal, pode-se citar a troca de experiências entre os municípios.

A NOB-SUS 01/96 apresenta alguns indicativos de relação entre os municípios e destes com o estado e com a União. Podemos buscar em seu texto algumas referências nesse sentido, dentre elas a afirmação da responsabilidade do município com a saúde de seus munícipes e a conseqüente redefinição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da União. Referindo-se ao assunto, o documento registra que esse exercício é:

viabilizado com a imprescindível cooperação técnica e financeira dos poderes públicos estadual e federal (...). Busca-se, dessa forma, a plena responsabilidade do poder público municipal. Assim, esse poder responsabiliza-se como também pode ser responsabilizado, ainda que não isoladamente. Os poderes públicos estadual e federal são sempre co-responsáveis, na respectiva competência ou na ausência da função municipal. (Inciso II, da Constituição Federal)

A responsabilidade por essa articulação seria das comissões intergestoras, que teriam a função de “viabilização desses propósitos integradores e harmonizadores”. Esses fóruns de negociação seriam integrados pelos gestores municipal, estadual e federal – a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – e pelos gestores estadual e municipal – Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Outras referências à relação entre os níveis de governo, ou entre os municípios, presentes no texto da NOB-SUS 01/96 são destacadas a seguir.

Os sistemas municipais de saúde apresentam níveis diferentes de complexidade, sendo comum estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município atenderem usuários encaminhados por outro. Em vista disso, quando o serviço requerido para o atendimento da população estiver localizado em outro município, as negociações para tanto devem ser efetivadas entre os gestores municipais.

Essa relação, mediada pelo estado, tem como instrumento de garantia a programação pactuada e integrada na CIB regional ou estadual e submetida ao Conselho de Saúde correspondente. A discussão de eventuais impasses, relativos à sua operacionalização, deve ser realizada também no âmbito dessa comissão, cabendo ao gestor-estadual a decisão sobre problemas surgidos na execução das políticas aprovadas. No caso de recurso, este deve ser apresentado ao Conselho Estadual de Saúde (CES).

Outro aspecto importante a ser ressaltado é que a gerência (comando) dos estabelecimentos ou órgãos de saúde do município é da pessoa jurídica que opera o serviço, sejam estes estatais (federal, estadual ou municipal) ou privados. Assim, a relação desse gerente deve ocorrer somente com o gestor do município onde o seu estabelecimento está sediado, seja para atender a população local, seja para atender a referenciada por outros municípios.

Tais afirmações demonstram a importância da articulação dos gestores municipais com seus parceiros localizados em outros municípios e com os gestores do SUS em outros níveis de governo. Para tanto, a participação no Colegiado de Gestores Municipais (COSEMS) é imprescindível. Essa participação fortalece o poder de negociação do nível municipal do SUS, além de possibilitar o acesso a informações e o contato com diferentes experiências municipais de processo.

IMPLEMENTAÇÃO DO SUS E DEMOCRATIZAÇÃO DA GESTÃO

A Constituição Federal inclui a participação popular como um dos princípios do SUS. Esse também pode ser apontado como um dos principais objetivos do processo de municipalização. As discussões referentes à democratização não são novas na área de saúde, têm quase duas décadas e tiveram influências de diferentes experiências implementadas com esse objetivo no Brasil e em outros países. A legislação federal define mecanismos concretos de democratização. Esses constituem importantes espaços de discussão dos conflitos setoriais, possibilitando a negociação e a pactuação entre o poder público, os trabalhadores da saúde, os prestadores de serviços e os usuários do sistema. Além disso, o funcionamento dos conselhos e a realização de conferências de saúde reforçam a atuação da saúde no município, dando-lhe maior visibilidade social e fortalecendo alianças setoriais.

A Lei 8.142/90 regulamentou a criação dos conselhos e conferências e definiu suas funções. *Os conselhos de saúde* devem existir nos três níveis de governo (conselho nacional de saúde, conselhos estaduais de saúde e conselhos municipais de saúde), são órgãos deliberativos, de caráter permanente e composição paritária, ou seja, com metade de seus membros representando os usuários e a outra metade, o conjunto composto por governo, trabalhadores do saúde e prestadores de serviços. O conselho deve ser composto com ampla representatividade de toda a sociedade. No caso dos municípios, os conselhos devem ser criados por lei municipal, em que serão definidas a sua composição e outras normas de funcionamento.

Os conselhos municipais de saúde têm como função a formulação de estratégias a serem seguidas pelo gestor municipal na implementação das ações

de saúde, a definição de prioridades para a saúde no município, o controle e a fiscalização da execução da política setorial, a fiscalização do fundo de saúde e da aplicação dos recursos financeiros, dentre outras. As discussões e deliberações sobre a política de saúde no âmbito do conselho, com a participação dos diferentes segmentos interessados na questão, implicam um compromisso político por parte de todos aqueles que participam do processo e fortalecem a saúde junto a outros setores.

Para exercer seus papéis, os conselheiros precisam ter a maior representatividade possível junto à população e devem possuir informações permanentes sobre os problemas de saúde da população e os recursos existentes. Os conselheiros devem estar comprometidos com as entidades que representam, prestando informações e contas de suas ações.

As *conferências de saúde* são fóruns com representação dos diversos segmentos sociais, que se reúnem em intervalos regulares (o tempo de convocação das conferências tem variado entre dois e quatro anos), para propor diretrizes, avaliar a situação da saúde e ajudar na definição da política de saúde. Como os conselhos, as conferências também devem ser realizadas nos três níveis de governo. Pelo grau de mobilização que conseguem, muitos conselhos de saúde escolhem este momento para realizar a eleição de novos conselheiros.

As conferências e os conselhos de saúde fazem parte das Leis Federais (nº 8.080 e nº 8.142) e são instâncias oficiais de participação e controle social na saúde. Outros espaços de participação podem ser criados, como os conselhos gestores, vinculados a serviços específicos, conselhos distritais, conselhos ou outros fóruns intersetoriais, dentre outros. Ao mesmo tempo, a sociedade pode-se manifestar junto a outros órgãos e instituições públicas e não-governamentais, para fazer valer seu direito à saúde. Uma vez que a saúde é considerada de “relevância pública”, o Ministério Público pode ser acionado quando for constatado o descumprimento de algum direito, inclusive a desobediência às deliberações dos conselhos de saúde por parte do executivo. Além disso, têm sido estabelecidas parcerias com outros órgãos de defesa da cidadania e do consumidor, com outros conselhos e com os meios de comunicação social.

Mais que instrumentos formais a serem implementados pelos municípios para cumprimento da lei, os conselhos, as conferências e outros canais de participação são instrumentos de modificação da concepção de gestão da saúde. São espaços de democratização da gestão, ao incorporarem os diferentes segmentos interessados na questão da saúde. São instâncias de fortalecimento da saúde junto a outros setores e à população, ao fortalecer a articulação política na área. São espaços de negociação e busca de consenso, ao propiciarem fóruns

para discussão de demandas, reivindicações e propostas daqueles que têm responsabilidade com a área. São ainda instrumentos de informação e formação de consciência sanitária e política extremamente importantes para a construção da democracia no país e, mais especificamente, na área de saúde .

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

A forma de administrar as instituições públicas no Brasil passa por diversos modismos. A proliferação de autarquias, fundações, empresas públicas, empresas de economia mista e outras estruturas organizacionais é um exemplo de como se organizaram os serviços públicos nas últimas três décadas. A presença de estruturas concomitantes, concorrentes ou com a mesma função serviu para estabelecer acordos políticos, contemplar apadrinhados e encarecer e burocratizar a máquina pública.

A Constituição de 1988 tenta ordenar as diversas situações encontradas, estabelecendo as obrigações e prerrogativas dos distintos órgãos públicos. A partir daí e considerando as definições do Direito brasileiro, são caracterizados dois tipos de administração: direta e indireta.

A administração direta, como o próprio nome indica, é executada diretamente pelo órgão ligado à estrutura formal do poder executivo sem o estabelecimento de mediações, utilizando os mecanismos definidos pelas leis que regem a administração pública no Brasil.

Quando se fala em Administração Direta, deve-se compreender, em primeiro lugar, todas as categorias de serviços executados diretamente pelos órgãos estatais, isto é, pelo conjunto dos organismos a que se acham afetos os serviços sob a responsabilidade do Estado. (Brandão, 1959: 70)

Na administração indireta, são criadas as várias formas de intermediação, procurando-se a especialização ou mesmo o desmembramento das diversas atividades inerentes ou assumidas pelo poder público.

As principais formas de administração indireta são:

- Autarquias

são entes administrativos autônomos, criados por lei específica (CF, art. 37, XIX), com personalidade jurídica de Direito Público interno, patrimônio próprio e atribuições estatais específicas. (Meirelles, 1994: 275)

Em sua concepção, a autarquia pressupõe uma atividade distinta do órgão de origem, não havendo relação de subordinação ou hierarquia com o órgão central. Com a Constituição Federal, as autarquias perderam todos os privilégios, ficando submetidas à legislação que regulamenta o setor público, como a lei de licitações, concurso público, penalizações, remuneração estabelecida por lei, regime jurídico único etc.

- Fundações públicas

as fundações prestam-se, principalmente, à realização de atividades não lucrativas e atípicas do Poder Público, mas de interesse coletivo, como a educação, cultura, pesquisa, sempre merecedores do amparo estatal. São criadas por lei específica (CF, art. 37, XIX) da entidade matriz e estruturadas por decreto, independentemente de qualquer registro. (Meirelles, 1994: 289)

Como se vê, a criação das fundações nem sempre obedece a esta definição, existindo as mais diversas fundações, para as mais distintas finalidades. As fundações, com o advento da nova Constituição, equipararam-se às outras instituições públicas, estando submetidas à legislação antes referida.

- Empresas públicas

são pessoas jurídicas de Direito Privado, autorizadas por lei específica (CF, art.37, XIX) a se constituírem com capital exclusivamente público, para realizar atividades de interesse da Administração instituidora nos moldes da iniciativa particular, podendo revestir qualquer forma e organização empresarial. (Meirelles, 1994: 289)

As entidades de Direito Privado não gozam das prerrogativas das de Direito Público, mas estão submetidas à lei de licitações, e seus funcionários são considerados servidores públicos.

- Empresas de economia mista

são pessoas jurídicas de Direito Privado, com participação do Poder Público e de particulares no seu capital e na sua administração, para a realização de atividade econômica ou serviço de interesse coletivo outorgado ou delegado pelo estado. Os atos e contratos da sociedade de economia mista regem-se pelas normas do Direito Privado, especialmente na parte das obrigações, igualando-se aos das empresas particulares. (Meirelles, 1994: 291)

As empresas de economia mista também se submetem à lei de licitações.

Como se viu, as formas de administração indireta, com o advento da Constituição de 1988, hoje pouco se diferenciam daquelas da administração direta. Na

maior parte das vezes, funcionam como estruturas paralelas, com duplicação de funções, servindo a arranjos políticos e perdendo o vínculo com a organização central, abrindo a possibilidade do duplo comando e dificultando o controle social.

Se a busca é por autonomia, foram criadas na administração direta as condições para isto com os Fundos Municipais de Saúde, que, conjuntamente com uma comissão de licitações própria da saúde, são capazes de garantir a necessária autonomia para o bom funcionamento dos órgãos gestores do SUS.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A PROPOSTA DE REFORMA DO ESTADO

A forma de organização da administração pública no Brasil tem sido bastante discutida e reformada ao longo da história do país. Várias foram as formas de organização dos órgãos, dos serviços e do próprio poder público. Existiram momentos em que a chamada 'administração indireta' teve maior peso, como no final da década de 60 e nos anos 70, momentos de grande centralização, com praticamente toda a responsabilidade pela prestação de serviços públicos depositada na União, apenas para citar alguns exemplos.

Em 1988, a Constituição Federal dá uma nova configuração ao Estado brasileiro e à forma de organizar os serviços públicos. Uma das principais modificações se relaciona com o papel do município, que passa a ser reconhecido como ente federado. A Constituição define competências para os três níveis de governo; compartilha e descentraliza responsabilidades em diferentes áreas, como, por exemplo, a saúde; define direitos e deveres dos cidadãos e responsabilidades do poder público em relação aos mesmos; regulamenta as relações entre o poder público e a esfera privada; regulamenta os direitos, deveres e a forma de ingresso dos trabalhadores públicos na administração e regulamenta o uso dos recursos públicos, dentre outros.

Passados alguns anos de sua formulação, e antes mesmo de sua implementação plena, a Constituição Federal está em processo de reforma. Em virtude da chamada 'crise do Estado', alguns setores, em especial segmentos do governo federal, iniciam a discussão de propostas de modificação da Constituição em diferentes áreas: reforma da previdência, reforma tributária e fiscal, reforma do aparelho de Estado, dentre outras. Mesmo em relação ao SUS já houve propostas de mudanças constitucionais.

Com a justificativa de contribuir para a "estabilização e assegurar o crescimento sustentado da economia" e "promover a correção das desigualdades

sociais e regionais”, nas palavras do presidente da República, o governo federal elaborou a proposta de Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado, contendo os objetivos e as diretrizes para a reforma da administração pública brasileira. A proposta se refere de maneira específica ao nível federal, mas deixa como indicativo sua implantação nos estados e municípios. A reforma proposta divide o aparelho de Estado em quatro setores: núcleo estratégico, atividades exclusivas, serviços não-exclusivos e produção de bens e serviços para o mercado. E o que seriam eles? O próprio documento define:

- *Núcleo Estratégico*: Corresponde ao governo, em sentido lato. É o setor que define as leis e as políticas públicas, e cobra o seu cumprimento. É, portanto, o setor onde as decisões estratégicas são tomadas. Corresponde aos Poderes Legislativo e Judiciário, ao Ministério Público e, no Poder Executivo, ao Presidente da República, aos ministros e aos seus auxiliares e assessores diretos, responsáveis pelo planejamento e formulação das políticas públicas.
- *Atividades Exclusivas*: É o setor em que são prestados serviços que só o Estado pode realizar. São serviços em que se exerce o poder extroverso do Estado - o poder de regulamentar, fiscalizar, fomentar. Como exemplos temos a cobrança e a fiscalização dos impostos, a polícia, a previdência social básica, o serviço de desemprego, a fiscalização de normas sanitárias, o serviço de trânsito, a compra de serviços de saúde pelo Estado, o controle do meio ambiente, o subsídio à educação básica, o serviço de emissão de passaportes etc.
- *Serviços Não-Exclusivos*: Correspondem ao setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas. As instituições desse setor não possuem o poder de Estado. Este, entretanto, está presente, porque os serviços envolvem direitos humanos fundamentais, como os da educação e da saúde, ou porque possuem economias externas relevantes, à medida que produzem ganhos que não podem ser apropriados por esses serviços através do mercado. As economias produzidas imediatamente se espalham para o resto da sociedade, não podendo ser transformadas em lucros. São exemplos desse setor as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus.
- *Produção de Bens e Serviços para o Mercado*: Corresponde à área de atuação das empresas. É caracterizado pelas atividades econômicas voltadas para o lucro, que ainda permanecem no aparelho do Estado, como, por exemplo, as do setor de infra-estrutura. Estão no Estado seja porque faltou capital ao setor privado para realizar o investimento, seja porque são atividades naturalmente monopolistas, nas quais o controle via mercado não é possível, tornando-se necessária, no caso de privatização, a regulamentação rígida.

A partir dessas definições, o Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) propõe formas diferentes de organização, de acordo com as funções a serem desenvolvidas. Em relação ao núcleo estratégico, aponta a necessidade de

dotá-lo de capacidade gerencial para definir e supervisionar os contratos de gestão com as agências autônomas, responsáveis pelas atividades exclusivas de Estado, e com as organizações sociais, responsáveis pelos serviços não-exclusivos do Estado realizados em parceria com a sociedade.

Para as atividades exclusivas, o MARE define como objetivo:

transformar as autarquias e fundações que possuem poder de Estado em agências autônomas, administradas segundo um contrato de gestão; o dirigente escolhido pelo Ministro, segundo critérios rigorosamente profissionais, mas não necessariamente de dentro de Estado, terá ampla liberdade para administrar os recursos humanos, materiais e financeiros colocados à sua disposição, desde que atinja os objetivos qualitativos e quantitativos (indicadores de desempenho) previamente acordados.

Para os serviços não-exclusivos, o MARE propõe sua transferência para o

setor público não-estatal, através de um programa de 'publicização', transformando as atuais fundações públicas em organizações sociais, ou seja, em entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do Poder Legislativo para celebrar contrato de gestão com o Poder Executivo e assim ter o direito à dotação orçamentária.

Em relação aos serviços de produção para o mercado, os objetivos básicos são dar continuidade ao processo de privatização e implantar contratos de gestão nas empresas que não puderem ser privatizadas.

A implementação dessa proposta enfrenta fortes resistências de segmentos do Congresso Nacional, movimento sindical, entidades sociais e partidos políticos, apenas para citar alguns. A discordância tem como argumento básico o entendimento de que essas modificações significam o enfraquecimento do Estado e a privatização de serviços públicos, por meio da transformação dos mesmos em agências autônomas e organizações sociais. As repercussões se dariam em toda a administração pública. Em relação ao SUS, além da privatização e da desobrigação do Estado em prover ações e serviços de saúde, existem outros agravantes, sendo um deles a divisão das responsabilidades com a saúde em vários órgãos, com lógicas de organização e gestão diferenciadas.

Conforme definição já apresentada, a formulação da política de saúde estaria vinculada ao núcleo estratégico; a fiscalização de normas sanitárias, a compra de

serviços de saúde e o controle do meio ambiente são entendidos como funções exclusivas do Estado, portanto sob responsabilidade das agências autônomas; a execução de serviços seria atribuição das organizações sociais. Essa divisão e pulverização de responsabilidades significam, na verdade, o desmonte de toda a concepção do sistema de saúde, de acordo com os princípios determinados pela Constituição Federal.

No final de 1996, o governo federal elaborou minuta de Medidas Provisórias que possibilitariam o início do processo, particularmente a que “dispõe sobre as entidades qualificadas como Organizações Sociais” e a que “dispõe sobre a extinção do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas”, primeiro serviço de saúde a se enquadrar na forma de organização social. Essas propostas desencadearam uma série de manifestações públicas de repúdio ao projeto. A primeira delas da plenária de conselhos de saúde, reunida em Brasília em 19/11/66, e a segunda do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

O CONASEMS encaminhou à Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, vinculada ao Ministério Público, uma solicitação para que se posicionasse contra o projeto e tomasse medidas concretas contra ele. O CONASEMS conclama o Ministério Público a buscar garantias de cumprimento da Constituição Federal; da legislação referente à administração pública em vigor; dos princípios do SUS, em especial a garantia da saúde como direito de todos e dever do Estado, bem como a proteção do patrimônio público e social.

O documento encaminhado pelo CONASEMS ao Ministério Público argumenta que a reforma do Estado na área da saúde já está estabelecida pela Constituição Federal e pelas leis que a regulamentam, ao definirem de maneira bastante clara a forma de participação do setor privado no SUS e o papel das instâncias de controle social do sistema, dentre outros princípios gerais. O documento registra ainda que as medidas propostas pelo governo federal ferem princípios fundamentais da administração pública, como concurso público e licitações e, na área da saúde, os princípios da universalidade, integralidade e gratuidade da assistência à saúde.

A aprovação e a implementação da Reforma do Aparelho do Estado, conforme proposta do MARE, modificarão substancialmente as definições já citadas, referentes à forma de organização da administração pública, e significam uma ameaça concreta ao SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do Sistema Único de Saúde, de acordo com os princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e democratização, definidos pela Constituição Federal e pelas leis que a regulamentam, apontam a necessidade de mudanças nas estruturas organizacionais e de aperfeiçoamento das práticas gerenciais tradicionais da área de saúde. O papel do gestor municipal no novo contexto é determinante para o êxito desse processo e, em especial, da municipalização da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRANDÃO, C. *Tratado de Direito Administrativo*. 3.ed., 1956.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 01/96 (DOU de 03/11/96), 1996.

BRASIL. Plano Diretor da Reforma do Estado. Câmara da Reforma do Estado. Brasília, 1996.

MEIRELLES, H. L. *Direito Municipal Brasileiro*. 7.ed. Malheiros Editores, 1994.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PRINCÍPIOS*

João Paulo Pinto da Cunha & Rosani Evangelista da Cunha



O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) é resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos, travados por diferentes atores sociais ao longo dos anos. Decorrentes de concepções diferenciadas, as políticas de saúde e as formas como se organizam os serviços não são fruto apenas do momento atual. Ao contrário, têm uma longa trajetória de formulações e de lutas.

A busca de referências históricas do processo de formulação das políticas de saúde, e da vinculação da saúde ao contexto político geral do país, pode contribuir para um melhor entendimento do momento atual e do próprio significado do SUS. Nesse sentido, o objetivo deste texto é apresentar, de forma organizada, os elementos que compõem o SUS e alguns marcos históricos da política de saúde no Brasil. É claro que, após alguns anos de sua implantação legal pela Constituição Federal de 1988, o SUS não é hoje uma novidade. No entanto, apesar do tempo decorrido e da clareza das definições legais, o SUS significa transformação e, por isso, processo político e prático de fazer das idéias a realidade concreta. A afirmação legal de um conceito é um passo importante, mas não é, em si, uma garantia de mudanças. Construção é a idéia que melhor sintetiza o SUS. Garantido o alicerce, falta compor, parte a parte, a estrutura do edifício. Não existe um caminho natural para isso. Os embates políticos, corporativos e a variada gama de interesses de um setor que mobiliza muitos recursos estarão sempre presentes. Não é a constatação da impossibilidade, pelo contrário, uma exortação ao trabalho político conseqüente.

Como se trata de um texto introdutório, procura-se abordar os conceitos e a história da constituição do Sistema Único de Saúde a partir da trajetória da política de saúde e Previdência no Brasil.

*Texto retirado do Caderno *Planejamento e Gestão em Saúde*, organizado por Francisco Eduardo Campos, Lídia Maria Tonon e Mozart de Oliveira Júnior. Belo Horizonte: Coopmed (Caderno de Saúde, 2). Reprodução autorizada pelos autores.

O PROCESSO HISTÓRICO DE CONSTRUÇÃO DO SUS

O Período 23-30: nascimento da Previdência Social no Brasil

O surgimento da Previdência Social no Brasil se insere num processo de modificação da postura liberal do Estado frente à problemática trabalhista e social, portanto, num contexto político e social mais amplo. Esta mudança se dá como decorrência da contradição entre a posição marcadamente liberal do Estado frente às questões trabalhistas e sociais e um movimento operário-sindical que assumia importância crescente e se posicionava contra tal postura. Esta também é a época de nascimento da legislação trabalhista brasileira.

Em 1923, é promulgada a Lei Eloy Chaves, que, para alguns autores, pode ser definida como marco do início da Previdência Social no Brasil. De 1923 a 1930, surgem as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). Eram organizadas por empresas, de natureza civil e privada, responsáveis pelos benefícios pecuniários e serviços de saúde para os empregados de empresas específicas. As CAPs eram financiadas com recursos dos empregados e empregadores e administradas por comissões formadas por representantes da empresa e dos empregados. Cabia ao poder público apenas a resolução de conflitos.

No modelo previdenciário dos anos 20, a assistência médica é vista como atribuição fundamental do sistema, o que levava, inclusive, à organização de serviços próprios de saúde. Caracteriza ainda este período o elevado padrão de despesa. Estas duas características serão profundamente modificadas no período posterior.

Em relação às ações de saúde coletiva, este período é marcado pelo surgimento do chamado “sanitarismo campanhista”, nascido da Reforma Carlos Chagas em 20-23. Este sanitarismo se pautava por uma visão de combate às doenças de massa, com forte concentração de decisões e com estilo repressivo de “intervenção sobre os corpos individual e social”. Alguns anos antes, em 1920, havia sido criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, responsável por estas ações.

Quadro 1 – O período 23-30: nascimento da Previdência Social no Brasil

Marco legal e político	Previdência	Assistência à saúde	Saúde coletiva
- Nascimento da legislação trabalhista; - Lei Eloy Chaves (1923).	- CAPs - organizadas por empresas, de natureza civil e privada, financiadas e gerenciadas por empregados e empregadores.	- Assistência médica como atribuição das CAPs através de serviços próprios.	- Sanitarismo camponês; - Dep. Nac. Saúde Pública; - Reforma Carlos Chagas.

O Período 30-45: propostas de contenção de gastos e surgimento das ações centralizadas de saúde pública

Com a Revolução de 30, liderada por Getúlio Vargas, assume o poder uma coalizão que traz, de forma destacada, a preocupação com o novo operariado urbano. Este período foi marcado pela criação de órgãos e instrumentos que legitimaram a ação sindical em moldes corporativos.

Do ponto de vista político, este período é caracterizado por uma profunda crise, marcado por greves e manifestações, principalmente entre os anos 30-35. A busca de aliados por parte do governo, que tentava ampliar sua base de apoio, incluindo entre elas as classes trabalhadoras urbanas, colocava em evidência o tema da Previdência Social. Foi criado o Ministério do Trabalho, aprofundou-se a legislação trabalhista, ao mesmo tempo em que havia restrições e manipulações na esfera sindical.

Em relação à Previdência Social, houve profundas modificações no que se refere à organização e concepção. Do ponto de vista de concepção, a Previdência é claramente definida como seguro, privilegiando os benefícios e reduzindo a prestação de serviços de saúde. Embora com algumas oscilações entre os institutos, a legislação adotada entre 30 e 45 tentará diferenciar as atribuições de benefícios e serviços de saúde. Estes passam a ser entendidos como concessão, e não mais atribuição específica, sendo uma função provisória e secundária. Tal definição provoca um profundo corte nas despesas com assistência médico-hospitalar.

Do ponto de vista organizativo, este é um momento marcado pela criação dos Institutos de Aposentadoria de Pensões (IAPs), entidades organizadas não mais por empresas, mas por categorias profissionais. Diferentemente das CAPs, a administração dos IAPs era bastante dependente do governo federal. O conselho de administração, formado com participação de representantes de empregados e empregadores, tinha uma função de assessoria e fiscalização, e era dirigido por um presidente, indicado diretamente pelo presidente da República. Há uma

ampliação da Previdência com a incorporação de novas categorias antes não cobertas pelas CAPs.

Caracterizam esta época a participação do Estado no financiamento (embora meramente formal) e na administração dos institutos, e um esforço ativo para diminuir despesas, com a consolidação de um modelo de Previdência mais preocupado com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços. Isto faz com que os superávits dos institutos constituam um respeitável patrimônio e um instrumento de acumulação na mão do Estado. A Previdência passa a se configurar como “sócia” do Estado nos investimentos de interesse do governo.

Em relação às ações de saúde coletiva, esta é a época do auge do sanitarismo campanhista. Em 1937, é criado o primeiro órgão de saúde de dimensão nacional, o Serviço Nacional de Febre Amarela, em 39 o Serviço de Malária do Nordeste, e em 40 o Serviço de Malária da Baixada Fluminense.

No período 38-45, o Departamento Nacional de Saúde é reestruturado e dinamizado, articulando e centralizando as atividades sanitárias de todo o país. Em 1942, é criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com atuação voltada para as áreas não cobertas pelos serviços tradicionais.

Quadro 2 – O período 30-45: propostas de contenção de gastos e surgimento das ações centralizadas de saúde pública

Marco legal e político	Previdência	Assistência à saúde	Saúde coletiva
- Criação do Ministério do Trabalho; - CLT.	- IAPS organizados por categorias profissionais, com dependência do governo federal.	- Corte nas despesas médicas, passando os serviços da saúde à categoria de concessão do sistema.	- Auge do sanitarismo campanhista; - Serviço Nacional de Febre Amarela; - Serviço de Malária do Nordeste; - SESP (1942).

O Período 45-66: crise do regime de capitalização e nascimento do sanitarismo desenvolvimentista

Este momento pode ser subdividido em duas fases do ponto de vista da conjuntura política. A primeira é representada pelo fim do Estado Novo e a redemocratização do país. É o período do desenvolvimentismo, que levou a um acelerado processo de urbanização e industrialização. Foi marcante no governo Juscelino a visão de que a solução para os problemas sociais estava mais no desenvolvimento do que nas políticas sociais. O esgotamento do modelo populista

de relação entre o Estado e os trabalhadores vai-se acentuando, em função da contradição entre um projeto nacional desenvolvimentista em associação com o capital estrangeiro e a possibilidade de incorporar as demandas dos trabalhadores.

Uma segunda fase é inaugurada com o golpe de 64, que estabelece uma ruptura com os governos democráticos anteriores. O regime instalado tem como características o autoritarismo, com o fechamento dos canais de participação aos trabalhadores, e um discurso de racionalidade técnica e administrativa, que repercutiu nas ações de Previdência e saúde.

As ações de Previdência são agora caracterizadas pelo crescimento dos gastos, elevação de despesas, diminuição de saldos, esgotamento de reservas e déficits orçamentários. Isto levou a um processo de repartição simples, e não mais à capitalização, como no período anterior. Tais mudanças podem ser explicadas como resultado de uma tendência natural (maior número de pessoas recebendo benefícios, uma vez que esta é a época de recebimento de benefícios dos segurados incorporados no início do sistema); e também em decorrência de mudanças de posições da Previdência Social (desmontagem das medidas de contenção de gastos dos anos 30-45; crescimento dos gastos com assistência médica, que sobem de 2,3% em 45 para 14,9% em 66; crescimento dos gastos com benefícios em função do aumento dos beneficiários e de mudanças nos critérios de concessão de benefícios e no valor médio destes).

A legislação pós-45 é marcada pela progressiva desmontagem das medidas de cunho contencionista do período anterior. Na Constituição de 46, a assistência sanitária é incorporada à Previdência Social, e em 1953 é promulgado o “Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadoria e Pensão”, que formaliza a responsabilidade dos mesmos com a assistência médica. A Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), promulgada em 1960, uniformiza direitos dos segurados de diferentes institutos, o que agrava as dificuldades financeiras crescentes da Previdência no período. Esta lei pode ser considerada um marco da derrota do modelo contencionista anterior, estendendo ao conjunto dos segurados um plano extremamente amplo de benefícios e serviços. Além da assistência médica e dos benefícios pecuniários, a legislação se refere a habitação, empréstimos e alimentação.

A uniformização dos benefícios alcançados com a LOPS, assim como a extensão da Previdência Social aos trabalhadores rurais, por meio do Estatuto do Trabalhador Rural, aprovado no governo João Goulart, não são acompanhadas de novas bases financeiras concretas para sua efetivação. Para fazer frente aos novos gastos, a contribuição dos segurados é progressivamente elevada. Quanto à contribuição do Estado, a LOPS rompe com o conceito de contribuição tripartite. Cabem à União, a partir de então, apenas os gastos com administração e pessoal.

Nessa mesma época, o Brasil passa a ser influenciado pelas idéias de seguridade social que são amplamente discutidas no cenário internacional após a Segunda Guerra mundial, em contraposição ao conceito de seguro da época anterior. Ao mesmo tempo, vive-se um intenso processo de construção e compra de hospitais, ambulatórios e equipamentos, por parte dos institutos, e de celebração de convênios para prestação de assistência médico-hospitalar aos segurados.

Com o golpe de 1964 e o discurso de racionalidade, eficácia e saneamento financeiro, ocorre a fusão dos IAPs, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Este fato, ocorrido em 1966, marca também a perda de representatividade dos trabalhadores na gestão do sistema. A unificação enfrentava resistências dos grupos privilegiados pelo antigo sistema corporativo. O governo, no entanto, alegava que a centralização de recursos poderia ser a alternativa para viabilizar o cumprimento do direito de assistência à saúde.

Em relação à assistência médica, houve um crescimento dos serviços médicos próprios da Previdência e dos gastos com assistência médica em geral, mas persistia uma demanda elevada, agravada pelo fato de este direito ter sido estendido a todos os segurados. Os serviços próprios continuavam a conviver com o setor privado conversado e contratado, também em expansão.

O sanitarismo desenvolvimentista, característico do período, teve sua contribuição mais voltada para as discussões conceituais relacionadas à saúde. Os sanitaristas da época estabeleceram relação entre saúde e economia e definiram a saúde de um povo como o corolário de seu desenvolvimento econômico. Podem ser apontados dois marcos desta época: o primeiro foi a criação da Comissão de Planejamento e Controle das Atividades Médico-Sanitárias, com a função de elaborar o plano plurianual, integrando as atividades de saúde ao Plano Nacional de Desenvolvimento; o segundo foi a realização da III Conferência Nacional de Saúde, que, além de discutir as propostas elaboradas por aquela comissão, sistematizou as propostas de descentralização e municipalização da saúde.

Quanto à organização de serviços, o fato mais marcante foi a criação, em 1956, do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), com a finalidade de organizar e executar os serviços de investigação e combate às principais patologias evitáveis deste período, dentre elas a malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela, esquistossomose e outras endemias existentes no país.

Quadro 3 – O período 45-66: crise do regime de capitalização e nascimento do sanitário desenvolvimentista

Marco legal e político	Previdência	Assistência à saúde	Saúde coletiva
<ul style="list-style-type: none"> - Constituição de 1946; - LOPS (1960); - Estatuto do Trab. Rural; - Golpe de 1964; - INPS (1966). 	<ul style="list-style-type: none"> - Crescimento de gastos e esgotamento de reservas; - Incorporação da assistência sanitária à Previdência; - Uniformização dos direitos dos segurados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Crescimento dos serviços próprios da Previdência; - Aumento de gastos com a assistência médica; - Convivência com os serviços privados, em expansão no período. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sanitarismo desenvolvimentista; - Departamento Nacional de Endemias Rurais - DNERU (1956).

O Período 1966-73: acirramento da crise e privatização da assistência médica

Foi um período marcado pelo crescente papel do Estado como regulador da sociedade e pelo alijamento dos trabalhadores do processo político, ao lado de uma política de arrocho salarial decorrente do modelo de acumulação adotado.

A criação do INPS insere-se na perspectiva modernizadora da máquina estatal, aumenta o poder de regulação do Estado sobre a sociedade e representa uma tentativa de desmobilização das forças políticas estimuladas em períodos populistas anteriores. O rompimento com a política populista não significou alteração em relação à política assistencialista anterior; ao contrário, o Estado amplia a cobertura da Previdência aos trabalhadores domésticos e trabalhadores rurais, além de absorver as pressões por uma efetiva cobertura daqueles trabalhadores já beneficiados pela LOPS. Excetuando os trabalhadores do mercado informal, todos os demais eram cobertos pela Previdência Social. Em relação à assistência médica, observa-se um movimento ainda mais expressivo de ampliação de cobertura.

Os gastos com assistência médica, que continuam a crescer neste período, chegam a representar mais de 30% dos gastos totais do INPS em 76. A ênfase é dada à atenção individual, assistencialista e especializada, em detrimento das medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo. Exemplo do descaso com as ações coletivas e de prevenção é a diminuição do orçamento do Ministério da Saúde, que chega a representar menos de 1,0% dos recursos da União.

Acontece uma progressiva eliminação da gestão tripartite das instituições previdenciárias, até sua extinção em 70. Ao mesmo tempo, a “contribuição do Estado” se restringia aos custos com a estrutura administrativa. A criação do INPS propiciou a implementação de uma política de saúde que levou ao desenvolvimento do complexo médico-industrial, em especial nas áreas de

medicamentos e equipamentos médicos. Ao mesmo tempo, e em nome da racionalidade administrativa, o INPS dá prioridade à contratação de serviços de terceiros, em detrimento dos serviços próprios, decisão que acompanha a postura do governo federal como um todo. De 1969 a 1975, a porcentagem de serviços comprados de terceiros representou cerca de 90% da despesa do INPS.

A modalidade de compra de serviços adotada possibilitou o superfaturamento por parte dos serviços contratados, com prejuízo do atendimento médico prestado e colocando em risco o sistema financeiro da instituição. Para aumentar o faturamento, estes serviços utilizavam os expedientes de multiplicação e desdobramento de atos médicos, preferência por internações mais caras, ênfase em serviços cirúrgicos, além da baixa qualidade do pessoal técnico e dos equipamentos utilizados.

A expansão do complexo previdenciário criou uma nova modalidade de atendimento, a medicina de grupo, estruturada a partir de convênios entre o INPS e empresas, ficando estas com a responsabilidade pela atenção médica de seus empregados. O convênio-empresa foi a forma de articulação entre o Estado e o empresariado que viabilizou o nascimento e o desenvolvimento do subsistema que viria a se tornar hegemônico na década de 80, o da atenção médica supletiva.

Apesar das atribuições definidas pelo Decreto-Lei 200/67 para o Ministério da Saúde, com subordinação da assistência médica previdenciária à política nacional de saúde, a prática mostrava um ministério esvaziado em suas competências. São incorporadas a ele a Fundação SESP e a Fundação das Pioneiras Sociais, dando início à autarquização do ministério, que acompanhava processo similar da administração federal.

Por parte da saúde coletiva, as ações estão dispersas num conjunto de ministérios: Agricultura, Transportes, Trabalho, Interior, Educação etc., e internamente ao Ministério da Saúde, num conjunto de órgãos da administração direta e indireta.

Quadro 4 – O período 1966-73: acirramento da crise e privatização da assistência médica

Marco legal e político	Previdência	Assistência à saúde	Saúde coletiva
- AI-5; - Emenda Constitucional nº 1.	- Modernização autoritária; - Ampliação de cobertura previdenciária; - Ampliação do complexo previdenciário.	- Aumento dos gastos com saúde no âmbito da previdência; - Extensão de cobertura; - Modelo de compra de serviços; - Convênios com medicina de grupo; - Autarquia do MS.	- Dispersa em vários ministérios e em órgãos da administração direta e indireta.

O Período 74-79: crise, reforma e consolidação da rede privada em saúde

As alterações na conjuntura política, dos pontos de vista interno e externo, forçaram o Estado a fortalecer a opção pela Seguridade Social como forma de buscar legitimidade, o que leva à intensificação do modelo por meio do aumento crescente de cobertura e ampliação de benefícios.

Em 1974, são criados o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). A criação do ministério significou o fortalecimento das ações de Previdência no interior do aparelho estatal. A criação do FAS proporcionou a remodelação e a ampliação dos hospitais da rede privada, por meio de empréstimos com juros subsidiados. A existência de recursos para investimento e a criação de um mercado cativo de atenção médica para os prestadores privados levaram a um crescimento próximo de 500% no número de leitos hospitalares privados no período 69-84, de tal forma que subiram de 74.543 em 1969 para 348.255 em 1984.

O II Plano Nacional de Desenvolvimento, elaborado no mesmo período, consagra a separação de ações de saúde coletiva e atenção médica, e reserva os primeiros ao setor estatal, e os segundos, via Previdência Social, ao setor privado. O plano institucionaliza o modelo médico assistencial privatista e define competências para as instituições públicas e privadas. Ocorre uma autonomização da política de assistência médica previdenciária, em função da revogação de parte do Decreto-Lei 200, que estabelecia a necessidade de sua obediência à política nacional de saúde.

A falta de controle sobre os serviços contratados criou condições para que a corrupção atingisse, em 1974, níveis que ameaçavam o equilíbrio financeiro da Previdência. São definidos, então, mecanismos de enfrentamento da crise, com o

objetivo de controlar as distorções do modelo vigente, criando condições que possibilitassem a continuidade da expansão, sem alterar substancialmente o modelo. São definidos mecanismos de controle do setor contratado, por intermédio da criação da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), da ampliação dos convênios (convênios com sindicatos, universidades, prefeituras, governos estaduais, dentre outros) e da normatização e criação de mecanismos institucionais de relação público-privado e entre esferas de governo. Dentre estes, merecem destaque o Plano de Pronto Ação (PPA) e o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS). O PPA tinha como objetivo desburocratizar o atendimento dos casos de emergência, o que levou à universalização do atendimento desses casos. Foram estabelecidas formas de relacionamento por meio de contratos, com pagamento de serviços prestados e convênios, com repasse de subsídios fixos. O PPA tem importância em virtude do início da universalização do atendimento com recursos previdenciários e por remunerar instituições estatais.

A criação do SINPAS tinha como objetivo disciplinar a concessão e manutenção de benefícios e prestação de serviços, o custeio de atividades e programas, a gestão administrativa, financeira e patrimonial da Previdência. Foram criados o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Arrecadação da Previdência Social (IAPAS), além de se integrarem os órgãos existentes. A criação do SINPAS pode ser compreendida no processo de crescente tendência à universalização e à adoção do modelo de Seguridade Social.

Neste período, estão definidas as bases que permitiram a hegemonia, na década de 70, do modelo assistencial privatista. De acordo com Mendes (1993), este modelo se assenta no seguinte tripé: a) o Estado como financiador do sistema, por meio da Previdência Social; b) o setor privado nacional como maior prestador de serviços de assistência médica; c) o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, em especial equipamentos médicos e medicamentos.

Em relação às ações de saúde coletiva, percebe-se uma coincidência entre as propostas internacionais de cuidados primários em saúde, decorrentes da Conferência de Alma-Ata, da qual o Brasil é um dos signatários, e a necessidade interna de desenvolver e expandir cobertura para contingentes populacionais excluídos pelo modelo previdenciário.

Tendo como referência as experiências em vigor, as recomendações internacionais e a necessidade de expandir cobertura, em 1976 inicia-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Concebido na Secretaria de Planejamento da Presidência da República, o PIASS se configura

como o primeiro programa de medicina simplificada do nível federal e irá permitir a entrada de técnicos provenientes do “movimento sanitário” no interior do aparelho de Estado. O programa concentra suas ações nas Secretarias Estaduais de Saúde, que adotam modelos desconcentrados. Em 1979, é estendido a todo o território nacional, o que resultou numa grande expansão da rede ambulatorial pública.

Esta época pode ser definida como o início do movimento contra-hegemônico que, nos anos 80, viria a se conformar como o projeto da Reforma Sanitária brasileira. Em todo o país, surgem movimentos de trabalhadores de saúde. São criados o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), que participam do processo de sistematização das propostas de mudança do modelo de saúde em vigor. Acontecem também os primeiros encontros de secretários municipais de saúde, alimentando um incipiente, mas crescente, movimento municipalista em saúde.

Quadro 5 – O período 74-79: crise, reforma e consolidação da rede privada em saúde

Marco legal e político	Previdência	Assistência à saúde	Saúde coletiva
- II PND; - MPAS; - FAS.	- SINPAS; - Disciplina concessão de benefícios, prestação de serviços e administração da previdência.	- Remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada; - Criação do INAMPS; - Separação das ações de saúde pública e assistência.	- Cuidados primários em saúde (Alma-Ata); - PIASS; - CEBES; - ABRASCO.

A Década de 80: eclosão da crise estrutural e consolidação das propostas reformadoras

O Brasil vivia um quadro político e econômico marcado por dificuldades no panorama nacional e internacional, caracterizado por um processo inflacionário e uma crise fiscal sem controle, ao lado do crescimento dos movimentos oposicionistas e de divisões internas nas forças que apoiavam o regime. A derrota do governo nas eleições de 1982, agregada ao crescimento do processo recessivo, “quebrou a coesão interna do regime, determinando um redesenho de seus pactos”. Têm início neste momento os movimentos em direção ao processo de redemocratização do país. Teixeira & Oliveira (1976) definem os anos 80-83 como o período de eclosão de três crises: ideológica, financeira e político-institucional.

A crise ideológica se caracteriza pela necessidade de reestruturação e ampliação dos serviços de saúde. As experiências antes relatadas e a repercussão interna da Conferência de Alma-Ata – cujos países participantes reconhecem a atenção primária

e a participação comunitária como estratégias para a conquista da meta “Saúde para todos no ano 2000” – inspiram a formulação do PREV-SAÚDE. Este projeto incorpora os pressupostos de hierarquização, participação comunitária, integração de serviços, regionalização e extensão de cobertura. A discussão do projeto faz eclodir uma divisão profunda entre a equipe responsável pelo mesmo e alguns setores interessados na questão saúde, principalmente a Federação Brasileira de Hospitais. Isto origina versões diferentes do PREV-SAÚDE e faz com que ele seja caracterizado como “natimorto”, não chegando a ser implementado.

A crise financeira é decorrente do déficit crescente desde 1980. Em contradição com um sistema em franca expansão, a base de financiamento continuava sem qualquer alteração. Havia um desacordo entre a crescente absorção de faixas cada vez mais extensas da população cobertas pela proteção social e a manutenção de um regime financeiro calcado na relação contratual.

Ao lado da restrição das fontes de financiamento, com ausência do Estado no financiamento da Previdência e da expansão de cobertura, o modelo de privilegiamento dos produtores privados de serviços de saúde implantado é corruptor, incontrolável e sofisticado, o que o torna extremamente oneroso. Isto levou a propostas de contenção de despesas, especialmente da assistência médica.

A crise político-institucional é marcada pela criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981, com o objetivo de

operar sobre a organização e o aperfeiçoamento da assistência médica, sugerir critérios de alocação de recursos previdenciários para este fim, recomendar políticas de financiamento e de assistência à saúde, analisar e avaliar a operação e o controle da Secretaria de Assistência Médica da Previdência Social.

O CONASP era composto por representantes de diferentes ministérios, por representantes da sociedade civil e de parte dos prestadores de serviços de saúde contratados/conveniados. As propostas, de inspiração racionalizadora, visando cortar custos, têm sua maior expressão no documento “Reorganização da Assistência Médica no Âmbito da Previdência Social”, formulado em 1982. O documento recupera propostas antes apresentadas pelo PREV-SAÚDE no sentido da hierarquização, regionalização, descentralização e integração de serviços, dentre outras. Propõe mudanças na sistemática de pagamentos, introduz novos mecanismos de auditoria técnica e propõe a plena utilização da capacidade instalada dos serviços públicos de saúde, incluindo os estaduais e municipais.

Ao lado das propostas racionalizadoras do CONASP, cresciam os movimentos reformadores da saúde e o movimento oposicionista no país. Em 1982, são eleitos vários prefeitos comprometidos com as propostas de descentralização, o que levou a bem-sucedidas experiências municipais de atenção à saúde.

A proposta do CONASP foi consubstanciada nas Ações Integradas de Saúde (AIS), que podem ser divididas em dois momentos: um anterior e outro posterior à Nova República. Mais do que um programa dentro do INAMPS e das Secretarias de Saúde, as AISs passaram da estratégia setorial para a reforma da política de saúde. Em 1984, eram destinados às AISs 4% do orçamento do INAMPS, passando para 12% em 1986. Ao lado do aumento de recursos destinados ao setor público, merecem destaque a universalização no uso de recursos previdenciários e a incorporação de novos atores na disputa pelos mesmos. Em 1988, as AISs abrangiam todos os estados e 2.500 dos pouco mais de 4.000 municípios então existentes.

No governo da Nova República, a proposta das AISs é fortalecida, e este fortalecimento passa pela valorização das instâncias de gestão colegiada, com a participação de usuários dos serviços de saúde.

Em 1986, é realizada em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), com ampla participação de trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços de saúde. Precedida de conferências municipais e estaduais, a VIII CNS significou um marco na formulação das propostas de mudança do setor de saúde, consolidadas na Reforma Sanitária brasileira. Seu documento final sistematiza o processo de construção de um modelo reformador para a saúde, definida como

resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida.

Este documento serviu de base para as negociações na Assembléia Nacional Constituinte, que se reuniria logo após.

Em paralelo ao processo de elaboração das propostas de mudança no setor de saúde, deu-se a conformação de outro modelo, o chamado modelo neoliberal.

Durante o processo de elaboração da Constituição Federal, outra iniciativa de reformulação do sistema foi implementada, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Idealizado como estratégia de transição em

direção ao SUS, propunha a transferência dos serviços do INAMPS para estados e municípios. O SUDS pode ser percebido como uma estadualização de serviços. Seu principal ganho foi a incorporação dos governadores de estado no processo de disputa por recursos previdenciários. Contudo, a estadualização, em alguns casos, levou à retração de recursos estaduais para a saúde e à apropriação de recursos federais para outras ações, além de possibilitar a negociação clientelista com os municípios.

Como resultante dos embates e das diferentes propostas em relação ao setor de saúde presentes na Assembléia Nacional Constituinte, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do SUS, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população.

Quadro 6 – A década de 80: eclosão da crise estrutural e consolidação das propostas reformadoras

Marco legal e político	Previdência	Assistência à saúde	Saúde coletiva
<ul style="list-style-type: none"> - Redemocratização; - Nova República; - Constituição de 1988; - Lei Orgânica da Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prev-Saúde; - Conasp; - Seguridade Social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Crescimento da medicina supletiva; - Universalização; - AIS; - VII CNS; - SUDS; - SUS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Criação do SUS; - Formalização do conceito de saúde.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: princípios doutrinários e organizativos

A primeira e maior novidade do SUS é seu conceito de saúde. Este “conceito ampliado de saúde”, resultado de um processo de embates teóricos e políticos, como visto anteriormente, traz consigo um diagnóstico das dificuldades que o setor saúde enfrentou historicamente e a certeza de que a reversão deste quadro extrapolava os limites restritivos da noção vigente. Encarar saúde apenas como ausência de doenças nos legou um quadro repleto não só das próprias doenças, como de desigualdades, insatisfação dos usuários, exclusão, baixa qualidade e falta de comprometimento profissional.

Para enfrentar esta situação, era necessário transformar a concepção de saúde, de serviços de saúde e, até mesmo, de sociedade. Uma coisa era se deparar com a necessidade de abrir unidades, contratar profissionais, comprar

medicamentos. Outra tarefa é conceber a atenção à saúde como um projeto que iguala saúde com condições de vida. O direito à saúde, nesta visão, se confunde com o direito à vida.

Este conceito ampliado, ao definir os elementos condicionantes da saúde, incorpora:

- meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação etc.);
- meio socioeconômico e cultural (emprego, renda, educação, hábitos etc.);
- garantia de acesso aos serviços de saúde responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ou seja, para se ter saúde, é preciso possuir um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação etc. A saúde se expressa como um retrato das condições de vida. Entretanto, a ausência de saúde não se relaciona apenas com a inexistência ou a baixa qualidade dos serviços de saúde, mas com todo este conjunto de determinantes.

A saúde precisa, desta forma, incorporar novas dimensões e se torna responsável por conquistas que, até então, se colocavam externas a ela. O sistema de saúde deve-se relacionar com todas as forças políticas que caminhem na mesma direção, como a defesa do meio ambiente, o movimento contra a fome, as manifestações pela cidadania, contra a violência no trânsito, pela reforma agrária etc. O SUS, ao abraçar este conceito, pressupõe ainda a democratização interna da gestão dos serviços e dos sistemas de saúde como um elemento a mais no movimento de construção da cidadania.

Antes de abordar a doutrina e os princípios organizativos do SUS, é importante frisar dois aspectos.

Em primeiro lugar, o SUS faz parte das ações definidas na Constituição como sendo de “relevância pública”, ou seja, é atribuída ao poder público a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde, independentemente da execução direta do mesmo. De acordo com Goulart (1991),

as competências decorrentes da relevância pública envolvem, certamente, o exercício de um poder regulador, de arbitragem e de intervenção executiva por parte das esferas do poder público e, por consequência, de suas agências de prestação de serviços.

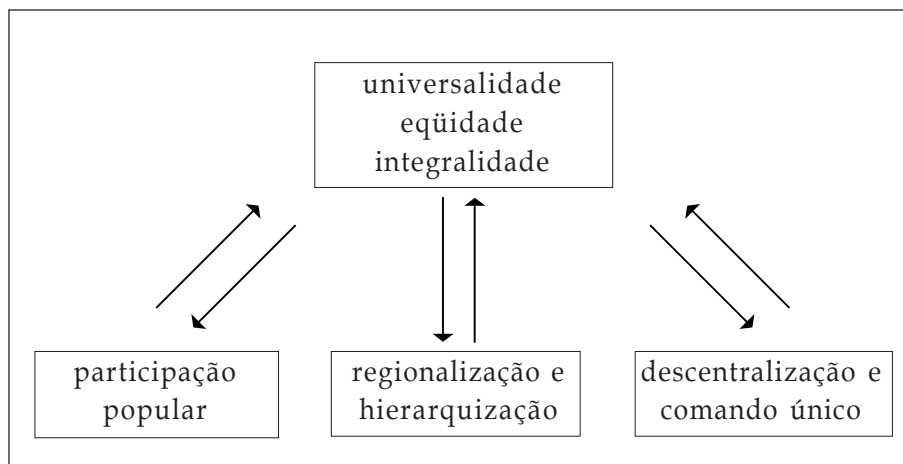
Para ele, este poder pode ser traduzido como autoridade e responsabilidade sanitárias. Em segundo lugar, a saúde faz parte de um sistema mais amplo, o Sistema da Seguridade Social. De acordo com o artigo 194 da Constituição, a

Seguridade Social “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

Ao lado do conceito ampliado de saúde, o SUS traz dois outros conceitos importantes: o de sistema e a idéia de unicidade. A noção de sistema significa que não estamos falando de um novo serviço ou órgão público, mas de um conjunto de várias instituições, dos três níveis de governo e do setor privado contratado e conveniado, que interagem para um fim comum. Na lógica do sistema público, os serviços contratados e conveniados são seguidores dos mesmos princípios e das mesmas normas do serviço público. Os elementos integrantes do sistema referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Este sistema é único, ou seja, deve ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização em todo o país. Mas é preciso compreender bem esta idéia de unicidade. Num país com tamanha diversidade cultural, econômica e social como o Brasil, pensar em organizar um sistema sem levar em conta estas diferenças seria uma temeridade. O que é definido como único na Constituição é um conjunto de elementos doutrinários e de organização do sistema de saúde, os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular. Estes elementos se relacionam com as peculiaridades e determinações locais, por meio de formas previstas de aproximação da gerência aos cidadãos, seja com a descentralização político-administrativa, seja através do controle social do sistema.

O SUS pode, então, ser entendido a partir da seguinte imagem: um núcleo comum (único), que concentra os princípios doutrinários, e uma forma de organização e operacionalização, os princípios organizativos.



Princípios Doutrinários

Universalização

Historicamente, quem tinha direito à saúde no Brasil eram apenas os trabalhadores segurados do INPS e depois do INAMPS. Com o SUS, isto mudou: a saúde passa a ser um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito. Neste sentido, 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. O SUS foi implantado com a responsabilidade de tornar realidade este princípio.

Eqüidade

O objetivo da eqüidade é diminuir desigualdades. Mas isso não significa que a eqüidade seja sinônimo de igualdade. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades diferentes. Eqüidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Para isso, a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida. A eqüidade é um princípio de justiça social.

Integralidade

O princípio da integralidade significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Princípios Organizativos

Para organizar o SUS a partir dos princípios doutrinários apresentados e considerando-se a idéia de seguridade social e relevância pública, existem algumas diretrizes que orientam o processo. Na verdade, trata-se de formas de concretizar o SUS na prática.

Regionalização e Hierarquização

A regionalização e a hierarquização de serviços significam que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da clientela a ser atendida. Como se trata aqui de “princípios”, de indicativos, este conhecimento é muito mais uma perspectiva de atuação do que uma delimitação rígida de regiões, clientelas e serviços.

A regionalização é, na maioria das vezes, um processo de articulação entre os serviços existentes, buscando o comando unificado dos mesmos. A hierarquização, além de proceder à divisão de níveis de atenção, deve garantir formas de acesso a serviços que componham toda a complexidade requerida para o caso, no limite dos recursos disponíveis em dada região. Deve ainda incorporar-se à rotina do acompanhamento dos serviços, com fluxos de encaminhamento (referência) e de retorno de informações ao nível básico do serviço (contra-referência). Estes caminhos somam a integralidade da atenção com o controle e a racionalidade dos gastos no sistema.

Descentralização e Comando Único

Descentralizar é redistribuir poder e responsabilidades entre os três níveis de governo. Na saúde, a descentralização tem como objetivo prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização pelos cidadãos. Quanto mais perto estiver a decisão, maior a chance de acerto. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município. Isto significa dotar o município de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função.

A decisão deve ser de quem executa, que deve ser o que está mais perto do problema. A descentralização, ou municipalização, é uma forma de aproximar o cidadão das decisões do setor e significa a responsabilização do município pela saúde de seus cidadãos. É também uma forma de intervir na qualidade dos serviços prestados.

Para fazer valer o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único. Cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. Assim, a autoridade sanitária do SUS é exercida na União pelo ministro da Saúde, nos estados pelos secretários estaduais de Saúde e nos municípios pelos secretários ou chefes de departamentos de Saúde. Eles são também conhecidos como “gestores” do sistema de saúde.

Participação Popular

O SUS foi fruto de um amplo debate democrático. Mas a participação da sociedade não se esgotou nas discussões que deram origem ao SUS. Esta democratização também deve estar presente no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que têm como função formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

Os Conselhos de Saúde, que devem existir nos três níveis de governo, são órgãos deliberativos, de caráter permanente, compostos com a representatividade de toda a sociedade. Sua composição deve ser paritária, com metade de seus membros representando os usuários, e a outra metade, o conjunto composto por governo, trabalhadores da saúde e prestadores privados. Os conselhos devem ser criados por lei do respectivo âmbito de governo, em que serão definidas a composição do colegiado e outras normas de seu funcionamento.

As Conferências de Saúde são fóruns com representação de vários segmentos sociais que se reúnem para propor diretrizes, avaliar a situação da saúde e ajudar na definição da política de saúde. Devem ser realizadas em todos os níveis de governo.

Um último aspecto que merece destaque é o da complementaridade do setor privado. Este princípio se traduz nas condições sob as quais o setor privado deve ser contratado, caso o setor público se mostre incapaz de atender a demanda programada. Em primeiro lugar, entre os serviços privados devem ter prioridade os não-lucrativos ou filantrópicos. Para a celebração dos contratos, deverão ser seguidas as regras do direito público. Em suma, trata-se de fazer valer, na contratação destes serviços, a lógica do público e as diretrizes do SUS. Todo serviço privado contratado passa a seguir as determinações do sistema público, em termos de regras de funcionamento, organização e articulação com o restante da rede. Para a contratação de serviços, os gestores deverão proceder a licitação, de acordo com a Lei Federal nº 8.666/93.

A criação do SUS, pela Constituição Federal, foi depois regulamentada através das Leis nº 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, e nº 8.142/90. Estas leis definem as atribuições dos diferentes níveis de governo com a saúde; estabelecem responsabilidades nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica e saúde do trabalhador; regulamentam o financiamento e os espaços de participação popular; formalizam o entendimento da saúde como área de “relevância pública” e a relação do poder público com as entidades privadas com base nas normas do direito público, dentre outros vários princípios fundamentais do SUS. Outros instrumentos têm sido utilizados para possibilitar a operacionalização do Sistema, dentre eles as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde, publicadas pelo Ministério da Saúde, sob a forma de portaria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A operacionalização das diretrizes aqui apresentadas tem sido uma tarefa cotidiana de vários dos municípios brasileiros. Esta não tem sido uma tarefa simples e enfrenta obstáculos de toda ordem: dificuldades de financiamento, disputa de grupos com interesses divergentes, insuficiência de capacidade gerencial, excessiva burocracia nas formas de administrar a coisa pública, experiência ainda recente com os processos de descentralização e democratização, insuficiência de mecanismos jurídicos para a regulação da rede privada, formação de recursos humanos com perfil diferente daquele demandado pelo novo sistema e uma lista interminável de outros problemas. Apesar disso, várias experiências bem-sucedidas têm sido implementadas. O SUS se constrói no cotidiano de todos aqueles interessados na mudança da saúde no Brasil. Entendê-lo é uma boa forma de fortalecer a luta por sua construção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1986.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990
- BRASIL. Lei nº 8.142/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Incentivo à participação popular e controle social no SUS*. Brasília: IEC, 1994.
- GOULART, F. A. A. *Distritalização e Responsabilidade Sanitária*. Brasília, 1991.
- MENDES, E. V. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993.
- TEIXEIRA, S. M. F. & OLIVEIRA, J. A. A. *Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1976.



PERSPECTIVAS DO CONTROLE E AVALIAÇÃO NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SUS*

Maria Passos Barcala Peixoto

As estruturas de controle e avaliação das ações de saúde predominantes no país refletem a estrutura organizacional do sistema como um todo, tendo como características principais o modelo de atenção baseado na assistência hospitalar, a centralização das decisões e normatizações, a predominância de interesses outros que não as necessidades da população.

A lógica vigente do controle e avaliação em saúde é a do controle contábil-financeiro, realizado *a posteriori*, com grande grau de centralização e pouca preocupação com a qualidade dos serviços prestados e com as necessidades dos grupos populacionais.

O processo de construção e consolidação do SUS impõe o desenvolvimento de novos métodos de controle e avaliação que considerem, de um lado, o compromisso prévio com o resgate do interesse público e social e, de outro, a mudança da lógica atual. É fundamental que se busque a mudança enfocando as necessidades da população e que se utilize a epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, desenvolvendo instrumentos de avaliação da qualidade das ações, de seus resultados e de seu impacto sobre as condições de saúde da população.

Tais mudanças somente podem ocorrer com a gestão descentralizada em nível do município, numa permanente articulação das ações de planejamento, definição de prioridades, programação das ações, atividades contínuas de acompanhamento, controle e avaliação e geração de informações que realimentem o sistema. Um aspecto fundamental é a democratização das informações para os usuários e instâncias formais de decisão, a fim de possibilitar o controle social sobre os fatores que influenciam ou são decorrentes das ações de saúde desenvolvidas.

O processo de construção do SUS vem exigir a integração dos vários agentes institucionais, objetivando a necessária mudança na organização das ações e serviços

* Texto retirado do Caderno *Planejamento e Gestão em Saúde*, organizado por Francisco Eduardo Campos, Lídia Maria Tonon e Mozart de Oliveira Júnior. Belo Horizonte: Coopmed, 1998 (Cadernos de Saúde, 2). Reprodução autorizada pela autora.

de saúde, com vista a um novo modelo de atenção, que associe o enfoque epidemiológico ao clínico, a abordagem do coletivo à do indivíduo. Um novo enfoque e uma nova estruturação das atividades de controle e avaliação apresentam-se como uma estratégia fundamental para a busca de um modelo que atenda às necessidades da população com eficiência e racionalidade, com responsabilidade e transparência.

ETAPAS DE ORGANIZAÇÃO

Entendida como um conjunto de ações que devem ser exercidas em permanente articulação com as funções de planejamento e programação, é fundamental que a organização das atividades de controle e avaliação se coloque no campo conceitual do SUS, sendo importante a consideração das etapas seguintes:

- definição e organização do modelo de atenção à saúde;
- elaboração do Plano Municipal de Saúde;
- elaboração e negociação da programação das ações;
- organização do Sistema de Informações.

ATIVIDADES DE CONTROLE E AVALIAÇÃO

Conceito

Conjunto de atividades e ações, organizadas em um processo ordenado e metodológico, que objetivam:

- estabelecer a análise sistemática das políticas, estratégias, programas, práticas e ações de saúde no município, as prioridades definidas e os objetivos formulados;
- verificar a coerência entre as ações propostas e aquelas implementadas, o grau de cumprimento dos objetivos, os resultados e efeitos produzidos, bem como o impacto na saúde da população;
- fornecer elementos que propiciem a revisão do Plano Municipal de Saúde, a seleção de prioridades de intervenção e a contínua revisão da alocação de recursos, com vista à reorientação das práticas e do modelo de saúde;

- instrumentalizar os Conselhos de Saúde na avaliação das práticas de saúde e no cumprimento dos objetivos propostos, possibilitando o efetivo exercício do controle social;
- conhecer o desempenho dos prestadores de serviços públicos e privados e a sua qualidade; estabelecer padrões mínimos de qualidade assistencial para os prestadores e manter atualizados os seus cadastros, requisitos básicos para a contratação de serviços assistenciais.

SERVIÇO DE CONTROLE E AVALIAÇÃO

Instrumento para integrar o diagnóstico situacional de saúde no município, os problemas detectados, as prioridades estabelecidas e as alternativas de solução, as ações realizadas e sua coerência com aquelas propostas, realimentando os gestores e os Conselhos de Saúde e possibilitando a redefinição das prioridades e reorientação das práticas de saúde.

Estruturação das Atividades

Definições Iniciais

Para viabilizar as atividades de controle e avaliação no município, é necessário definir:

- **estrutura** – posição do Controle e Avaliação na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde ou órgão responsável pela saúde no município e suas atribuições. É essencial que se defina também a forma de integração com as áreas de planejamento, vigilância sanitária, epidemiologia e com as instâncias formais de decisão;
- **equipe** – definição de profissionais que irão compor uma equipe multiprofissional especificamente para as atividades. Esta equipe deve ser formada por profissionais com visão global de saúde pública e previamente capacitada para o desempenho das atividades. É importante assinalar que o trabalho a ser feito na mudança do enfoque do controle e avaliação envolve, sobretudo, mudanças culturais;
- **metodologia de trabalho** – adoção de uma sistemática de trabalho com a utilização de instrumentos e técnicas de avaliação de resultados e impacto das práticas na saúde da população, entre outros.

É importante destacar que, a partir da realidade local e regional, serão estabelecidas as atividades de controle e avaliação e os instrumentos a serem utilizados, levando em conta:

- as ações de saúde desenvolvidas no município;
- a capacidade instalada e a complexidade assistencial;
- referenciamento de pacientes para atendimento em outro município e para quais ações;
- referências recebidas de outro município e para quais ações.

Entretanto, qualquer que seja a realidade loco-regional, as atividades estarão, necessariamente, integradas ao planejamento e servirão de suporte para a reorientação de práticas, revisão de prioridades e alocação de recursos, com vista a um modelo que atenda aos preceitos legais do SUS e ao direito de cidadania.

Aspectos a Observar

É importante considerar, também, os seguintes aspectos quando da definição das atividades:

- a existência de um sistema de informações estruturado e eficiente que dê suporte às novas práticas;
- o estabelecimento de fluxos dos procedimentos administrativos, priorizando o controle prévio à realização de serviços e a ordenação dos respectivos pagamentos, tendo como critério fundamental a necessidade dos usuários;
- rigoroso monitoramento da regularidade, qualidade e fidedignidade dos registros nas fichas de atendimento e prontuários, entre outros;
- controle posterior de serviços prestados, dirigido para a qualidade;
- organização do sistema de saúde sob controle público, de forma a permitir a hierarquização do sistema e a garantir a universalidade e a acessibilidade, levando em conta as necessidades dos grupamentos populacionais e não dos prestadores de serviços;
- organização das atividades para que estas ocorram de forma sistemática e contínua, possibilitando a identificação precoce de problemas, a implementação imediata de procedimentos corretivos e o acompanhamento do grau de correção;

- o envolvimento efetivo das instâncias gestoras do SUS, dos conselhos de saúde, das autoridades sanitárias e dos órgãos de defesa dos direitos da população.

Avaliação em Saúde

O processo saúde-doença constitui um fenômeno complexo, com determinantes de ordem biológica, econômica, social, cultural e psicológica. As ações que o tomam como objeto, embora possuam características técnicas evidentes, têm-se organizado, historicamente, como práticas sociais, que podem ou não guardar relação com as necessidades de saúde ou mesmo com as necessidades de serviços de saúde.

Nesta perspectiva, a temática avaliação ganha relevância, de um lado associada à possibilidade e à necessidade de intervenções capazes de modificar certos quadros sanitários, e de outro pelas dificuldades encontradas por essas mesmas práticas de alterarem indicadores de morbi-mortalidade.

Sob o rótulo de avaliação, reúnem-se diversas atividades que vão desde um julgamento subjetivo do desenvolvimento de determinada prática social do tipo 'deu resultados?', 'estamos satisfeitos?' até a utilização de métodos e técnicas que buscam responder às mesmas indagações. Acrescenta-se ainda que as práticas de saúde podem constituir objeto de avaliação, sob os mais variados aspectos, desde o cuidado individual, até níveis mais complexos de intervenção e organização, como políticas, programas, sistemas ou serviços.

Dependendo do nível de realidade que é tomado como objeto do processo de avaliação, os problemas metodológicos podem ser distintos. Se, por exemplo, o enfoque for direcionado ao indivíduo, ganham centralidade as relações entre prestadores e usuários, além das questões técnicas referentes ao cuidado em si. Se o enfoque for dado ao sistema de saúde, ganham importância a acessibilidade, a cobertura e a equidade.

Os atributos referem-se às características das práticas de saúde e de sua organização social e podem ser, assim, agrupados:

- relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos:
 - cobertura;
 - acessibilidade;
 - equidade;

- relacionados com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas:
 - eficácia;
 - resolubilidade;
 - impacto;
- relacionados com o custo das ações:
 - eficiência;
- relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente:
 - qualidade técnico-científica;
- relacionados à percepção dos usuários sobre as práticas:
 - satisfação dos usuários;
 - aceitabilidade.

A utilização destas noções varia muito entre os autores, e, com frequência, a qualidade é vista como o aspecto central para a avaliação em saúde. Considerando a abrangência do termo, freqüentemente sua definição vai resultar de uma composição a partir de outras características do objeto a ser avaliado.

Donabedian, no referencial sistêmico, concebeu a tríade 'estrutura-processo-resultados', considerando que isoladamente cada uma das opções apresenta insuficiências e conclui que a melhor estratégia para a avaliação da qualidade requer a seleção de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens.

Sistematização das Atividades

Atividades Ambulatoriais

A *Ficha de Atendimento Ambulatorial* (FAA) é o instrumento único e individual para registro do atendimento ao paciente, qualquer que seja o profissional responsável pelo atendimento, devendo abranger os dados correspondentes à identificação da unidade, do paciente e do atendimento prestado, ordenados pela seqüência da execução.

A utilização da FAA não dispensa o prontuário do paciente nem as informações quanto a endereço, motivo do atendimento e descrição do exame clínico, entre outros dados. A requisição do prontuário será definida por alertas detectados na análise quantitativa dos dados obtidos.

É importante que, para as unidades de saúde com atendimento especializado e tidas como referência no sistema, seja incluído o registro da unidade requisitante que permita análise sobre o sistema de referência definido para o município ou região.

As aplicações de vacinas e demais atendimentos básicos podem ser registrados em planilhas e/ou prontuários.

As requisições de serviços de apoio à diagnose e terapia devem incluir os dados referentes à identificação das unidades requisitante e prestadora, do paciente e dos procedimentos solicitados e realizados.

A requisição de várias sessões, por exemplo, de fisioterapia deverá conter, no verso, espaços para datas e para assinatura do paciente.

A requisição de SADT não equivale à execução do atendimento. A comprovação dar-se-á com a anexação do resultado do exame.

Em função da adequação às necessidades internas da unidade, o *lay-out* definido e o conteúdo podem ser alterados, sem prejuízo dos dados indispensáveis às atividades de controle e avaliação. Deve-se evitar a existência de sistemas paralelos.

Para complementar os subsídios fornecidos pelos relatórios do SIA/SUS, principalmente porque o acesso a esses relatórios depende da realidade do município e de como está estruturado o sistema no estado, é importante o acompanhamento de alguns outros indicadores e a sistematização das atividades de controle e avaliação, em função do nível de análise a ser feita.

A partir dos registros individuais dos atendimentos, estes podem ser agregados de forma que permitam a análise em vários níveis: equipes locais, unidade, distrito, município, região. Independentemente do grau de descentralização da gerência das ações de saúde, o gestor municipal deve tratar a questão como um todo no município e não somente utilizar as informações para gerenciamento de suas unidades.

NÍVEL LOCAL

Como a unidade executora das ações de saúde é a maior base de coleta de dados individuais quantitativos, podem ser trabalhados os dados necessários à avaliação de QUANTO, O QUÊ, COMO e QUEM recebeu o atendimento.

QUANTO – acompanhamento para avaliação de:

- demanda;
- utilização da capacidade operacional da unidade;
- rendimento profissional;
- cobertura:
 - do serviço,
 - de atividades programáticas (vacinas, prevenção de câncer de colo uterino, gestante, criança, outras);
- resolubilidade:
 - quantas altas por primeiras consultas;
 - percentual de encaminhamento para SADT;
 - percentual de encaminhamento para unidades de referência;
 - repetição de atendimento;
 - perfil de morbidade;
 - estabelecimento de parâmetros.

O QUÊ – acompanhamento do grau de complexidade:

- tipos de atividades ou procedimentos oferecidos pela unidade.

QUEM – conhecimento da clientela atendida pela unidade:

- perfil por sexo e faixa etária;

- repetição de atendimento num determinado período;
- inserção da unidade no sistema de saúde municipal:
 - quantos atendimentos a residentes na área de abrangência da unidade e em que especialidade ou atividade programática;
 - quantos atendimentos a residentes fora da área de abrangência da unidade e em que especialidade ou atividade programática;
- comparar com a programação estabelecida;
- reprogramar as atividades.

COMO – a partir de alertas detectados na análise do QUANTO, O QUÊ e QUEM, avaliar a qualidade do serviço prestado, por meio da análise de prontuários, entrevistas com pacientes etc. Exemplos:

- a repetição de atendimentos pode indicar que o quadro clínico do paciente não foi bem avaliado, conduta inadequada do profissional etc.;
- alto índice de lâminas de citologia oncótica consideradas como material inadequado para análise pode indicar despreparo do responsável pela coleta ou falha no acondicionamento das lâminas etc.;
- baixa concentração de atendimento a gestantes no primeiro trimestre de gestação pode indicar dificuldade no agendamento (falta de acesso), não credibilidade no serviço etc.;
- alto índice de encaminhamento para especialidades pode indicar que os pacientes não estão sendo avaliados de forma adequada, desinteresse do profissional etc.

NÍVEL MUNICIPAL

Como órgão gestor do sistema de saúde e com o objetivo de atender unicamente os interesses da população, deverá executar as seguintes tarefas:

- executar as mesmas atividades de controle e avaliação sugeridas para o NÍVEL LOCAL, estabelecendo análises comparativas entre as unidades;

- acompanhar a totalidade das ações de saúde prestadas à população do município, independente de quem seja o prestador, verificando, por exemplo, o número de consultas/habitante/ano;
- verificar a coerência e o grau de alcance entre a programação e a execução;
- utilizar o perfil da demanda quanto a morbidade, situação socioeconômica etc., para reordenar as atividades e/ou reorientar as ações, redefinir prioridades e alocação de recursos;
- acompanhar a participação de cada esfera no financiamento do setor de saúde;
- efetuar os procedimentos inerentes ao processo de revisão técnico-administrativa dos boletins de produção, da emissão de BDP etc.;
- garantir a participação do Conselho Municipal de Saúde em todas as etapas do processo de planejamento, programação, controle e avaliação.

As atividades de controle e avaliação podem ser organizadas numa proposta hierarquizada, podendo o município delegar a níveis intermediários, como o distrito, algumas das atividades. A definição de quais dados são importantes em cada nível de gerência é fundamental para evitar superposição de atividades.

A participação da comunidade deve ser assegurada, sendo indispensável a transparência na divulgação da organização dos serviços, fluxos de encaminhamentos e disponibilidade de atendimentos, entre outros.

Dependendo da complexidade da rede de serviços, o município poderá implantar uma Central de Marcação de Consultas, seja própria ou em articulação com um conjunto de municípios de uma mesma região de saúde. Esta central permitirá a organização do atendimento ambulatorial, devendo controlar e agendar as consultas de especialidades e os encaminhamentos para SADT, entre outras atividades.

FÓRMULAS DE CÁLCULO DE ALGUNS INDICADORES DE AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL

$$\text{Cobertura do programa de gestante} = \frac{\text{nº de gestantes atendidas} \times 100}{\text{nº total de gestantes esperadas}}$$

$$\text{Cobertura vacinal por faixa etária} = \frac{\text{população coberta por vacinação na faixa etária} \times 100}{\text{população total na mesma faixa etária}}$$

$$\text{Coeficiente de incidência de uma doença} = \frac{\text{nº de casos novos de uma doença num período e área} \times 10.000}{\text{população exposta no mesmo período e área}}$$

$$\text{Taxa de cobertura} = \frac{\text{população atendida em determinada atividade, período e área} \times 100}{\text{população-alvo da mesma área}}$$

$$\text{Taxa de SADT} = \frac{\text{total de SADT realizados} \times 100}{\text{total de procedimentos médicos}}$$

Assistência Hospitalar

Durante muitos anos e provavelmente até hoje, em muitas regiões do país, a internação ocorre por meio do atendimento na chamada 'porta do hospital'.

Entretanto, a organização do sistema municipal de saúde deve estar sob controle público, de tal forma que todos tenham acesso à assistência ambulatorial pelo SUS e que esta possa garantir o encaminhamento para os níveis de maior complexidade, segundo as necessidades da população e não dos prestadores.

É evidente que, nos casos de urgência, a solicitação pode e deve ser feita pelo serviço de urgência que, muitas vezes, se encontra junto a hospitais. Parâmetros estabelecidos por séries históricas giram em torno de 10% a 15% de necessidade de internação de toda a demanda da urgência, mas, de qualquer maneira, cabe destacar a importância do controle público.

As internações eletivas devem ter fluxos sistematizados, de forma a ter, como unidade requisitante, as unidades básicas e os ambulatórios de especialidades. Podem ser constituídas juntas de Concessão de Cirurgias Eletivas, que contem, em geral, com três médicos de especialidades diferentes. A composição e as atribuições destas juntas serão definidas em ato normativo do Gestor Municipal, bem como o fluxo de encaminhamento.

O ponto inicial para as atividades de controle e avaliação da assistência hospitalar é a Programação Hospitalar.

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) encontra-se implantado em todas as unidades hospitalares próprias, conversadas e contratadas com o SUS, sendo a coleta de dados descentralizada, e o processamento e emissão de relatórios gerenciais centralizados.

Quanto à utilização da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), além das normas previstas no próprio sistema, é fundamental que a atividade de controle tenha início na avaliação do Laudo Médico e que os leitos conveniados sejam controlados por uma Central de Internações ou por outro mecanismo (municípios com uma ou duas unidades hospitalares), dependendo da realidade municipal.

O estabelecimento de uma Central de Internações ou outro mecanismo de controle público das internações, a partir do Laudo Médico para emissão de AIH, emitido por uma unidade ambulatorial do sistema, permitirá ao gestor:

- controlar a utilização de leitos conveniados com o SUS, no detalhamento de clínicas que for importante para atender ao definido na Programação Pactuada e Integrada (PPI);
- avaliar o acesso das unidades ambulatoriais como unidades requisitantes de internação;
- avaliar a repetição de internações em determinado prazo estabelecido pelo gestor;
- controlar o quantitativo de AIH disponível e utilizado;
- comparar os procedimentos solicitados, autorizados e realizados, no momento da apresentação da conta hospitalar.

Para obter as informações, o gestor deverá ter uma cópia dos disquetes de apresentação das contas, antes de serem encaminhados para processamento. É importante que o município tenha as informações relativas aos atendimentos a particulares e outros convênios. A completa informação do atendimento hospitalar permite a organização dos serviços conveniados com o SUS, de forma a melhor atender às necessidades da população.

Os dados importantes e necessários (e que constam da AIH) são os correspondentes à identificação do hospital, do paciente e do atendimento prestado. Agregando-se ainda os dados da capacidade operacional da unidade e o número de pacientes/dia no mês de competência, poderão ser analisados, entre outros, os seguintes dados:

- taxa da população internada;

- taxa de cesariana;
- média de permanência no hospital;
- taxa de mortalidade hospitalar;
- incidência de internação de doenças de resolubilidade ambulatorial, como, por exemplo, hipertensão arterial;
- relação das internações eletivas e de urgência/emergência;
- população internada e taxa de ocupação do hospital;
- inserção das unidades hospitalares no sistema de saúde municipal e regional;
- internação por doença de notificação compulsória e sua respectiva comunicação ao órgão gestor.

FÓRMULAS DE CÁLCULO DE ALGUNS INDICADORES HOSPITALARES

$$\text{Média de pacientes/dia} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes/dia no período} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de dias no mesmo período}}$$

$$\text{Taxa de mortalidade hospitalar} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos no hospital no período} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de saídas no mesmo período}}$$

$$\text{Taxa de parto cesárea} = \frac{\text{total de partos cesárea} \times 100}{\text{total de partos}}$$

O SIH/SUS passa por um processo de descentralização, tanto em nível de operação, quanto na disseminação de dados processados pelo nível central do DATASUS. A rede BBS disponibiliza os arquivos de cadastro e AIH pagas e rejeitadas. Outros dados são disponibilizados através do SINTESE e do BDAIH.

Visando a completar os dados necessários, para melhor gestão do sistema de saúde, os gestores podem construir um banco de dados com informações sobre as condições de saneamento básico, habitação, controle da poluição do meio ambiente (água, ar e solo), que afetam as condições de trabalho e da população em geral. Sempre que possível, esses dados devem estar organizados por bairros, a fim de permitir a identificação de grupos de risco.

Auditoria

O conceito de auditoria – ‘audit’ – foi proposto em 1956 por Lembeck e tem como premissa a avaliação da qualidade da atenção com base na observação direta, registro e história clínica do cliente.

As atividades de auditoria, tradicionalmente realizadas por médicos auditores, podem ser classificadas em analíticas e operacionais.

A auditoria analítica é planejada e realizada a partir de relatórios gerados do SIA e do SIH, fornecidos pelo DATASUS, compreendendo todos os serviços produzidos por prestador e comparando-os com parâmetros preestabelecidos.

A auditoria operacional consiste no desenvolvimento de atividades no local onde os serviços são prestados. Deve ser programada como rotina e em casos de denúncia ou em decorrência de distorções detectadas nas ações analíticas.

A equipe de auditoria, ao visitar o serviço, verifica documentos resultantes do atendimento – como prontuário médico e ficha de atendimento ambulatorial – , bem como as condições gerais do serviço. Pode, também, ter um contato direto com o paciente e com os responsáveis pelo serviço, para colher outras informações.

Ao concluir um trabalho, a equipe de auditoria deve documentá-lo por meio de um relatório que contenha o motivo, a documentação analisada e a proposição de medidas que possibilitem a solução das distorções e/ou a aplicação de penalidades.

A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais tem avançado no processo de reorientação das atividades da auditoria e optou pela terminologia ‘Auditoria Assistencial’, em vez de ‘Auditoria Médica’. Ao mesmo tempo, vem atuando com equipes multiprofissionais e direcionando suas ações para os sistemas municipais de saúde, além das auditorias de prestadores.

Não desconhecendo a importância das auditorias operacionais e analíticas, é preciso ampliar a abordagem no controle da qualidade dos serviços, na indicação de eventos-sentinela, no enfoque à vigilância à saúde, sem restringir suas ações à verificação de irregularidades, de dupla cobrança dos procedimentos realizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os projetos de reorganização das práticas de saúde necessitam da definição de estratégias e instrumentos para avaliação, sintonizados com as perspectivas

de mudança do modelo de atenção que transcendam os mecanismos de controle e de aferição do atendimento à demanda espontânea (centrada no cuidado individual) ou à revisão de faturas, entre outros.

No atual estágio de construção do SUS, é imperativo que os gestores assumam, de fato, as funções inerentes à gestão da saúde. O enfrentamento de problemas e desafios exige decisão política de aceitar e incorporar o processo avaliativo na prática rotineira e cotidiana, inclusive seus possíveis resultados negativos. Requer, ainda, um esforço coletivo dos agentes institucionais e pesquisadores, voltado para equacionar as dificuldades existentes, notadamente quanto às insuficiências e inadequações metodológicas e quanto à diversidade terminológica.

A incorporação da avaliação como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços e sistemas de saúde, que, inclusive, dispõem de grande volume de registros em geral não utilizados, pode propiciar aos gestores um conjunto de informações essenciais para a reorientação das práticas de saúde e democratização do sistema.

A elaboração e a operacionalização de modelos capazes de monitorar os processos de reorganização das práticas de saúde, suas relações com as necessidades da clientela, bem como os possíveis impactos ocorridos no nível de saúde das populações são requisitos para a consolidação do SUS.



ROTEIRO PARA AUXILIAR A ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE CONTROLE E AVALIAÇÃO*

Maria Passos Barcala Peixoto

A estruturação dos Serviços de Controle e Avaliação nos estados e municípios é imprescindível para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) possuem informações que extrapolam a esfera financeira, constituindo-se em importante instrumento para o planejamento, controle e avaliação dos serviços de saúde.

Este “roteiro” foi elaborado para auxiliar neste processo, com questões a serem observadas e adaptadas à realidade de cada estado e município, observando-se as normas já estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS

O Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) é um sistema informatizado, operacionalizado de forma descentralizada e que abrange todos os serviços que não sejam caracterizados como internações hospitalares.

O aprofundamento do processo de descentralização do SUS, em especial com a implantação da NOB 01/96, levou à necessidade de promover alterações na estrutura deste sistema, consubstanciadas na Portaria MS/GM nº 3.950, de 25 de dezembro de 1998, na Portaria MS/SAS nº 35, de 4 de fevereiro de 1999 e em normatizações posteriores.

O SIA/SUS está estruturado em módulos e submódulos que interagem, compondo a configuração sistêmica para o processamento dos dados, integrados por tabelas para a consistência dos mesmos. Tem como objetivos:

- fornecer informações gerenciais para todas as áreas do SUS, facilitando o gerenciamento, o desenvolvimento das atividades de controle e avaliação dos serviços e das ações de saúde e do controle orçamentário-financeiro;

* Texto publicado no Caderno *Planejamento e Gestão em Saúde*, organizado por Francisco Eduardo Campos, Lídia Maria Tonon e Mozart de Oliveira Júnior. Belo Horizonte: Coopmed, 1998 (Cadernos de Saúde, 2). Versão atualizada pela autora para esta publicação.

- possibilitar o acompanhamento da execução dos recursos repassados e das ações realizadas;
- gerar créditos da produção aprovada, com base na tabela do SAI.

O presente trabalho tem como finalidade apresentar uma visão geral do SIA/SUS, abordando os documentos de entrada e saída, assim como suas críticas.

Documentos de “Entrada” no Sistema

1. Módulo Cadastro

Destina-se a registrar as informações sobre a estrutura das Unidades Prestadoras de Serviço (UPS) ambulatoriais integrantes da rede SUS e Entidades Mantenedoras. O cadastramento da UPS é o ato de inclusão desta unidade no Sistema de Informações Ambulatoriais.

Este módulo compõe-se dos seguintes documentos:

- Ficha de Cadastro Ambulatorial (FCA),
- Ficha de Cadastro Complementar (FCA/Complementar),
- Ficha Cadastral de Mantenedora ou Profissional (FMP).

A FCA é o documento utilizado para cadastrar as UPS e contém dados que identificam e caracterizam a capacidade instalada da Unidade (recursos humanos, instalações físicas e serviços especializados).

A FCA/Complementar é o documento que complementa o cadastramento das Unidades que realizam Procedimentos de Alta Complexidade, cuja produção é apresentada mediante a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC).

A FMP é o documento utilizado para cadastrar entidades mantenedoras, contendo os dados de identificação, localização e conta bancária. Tem por finalidade reunir o crédito de diversas Unidades, vinculadas à Mantenedora, em uma única conta corrente, a da Mantenedora.

No processamento da FCA, o sistema realiza críticas simples que possibilitam a identificação de erros de preenchimento e críticas do sistema cruzadas. Por exemplo: CGC com dígito verificador errado; serviço/classificação com atividade profissional exigida.

A Unidade só é cadastrada no sistema quando não são identificados erros na FCA.

2. Módulo Orçamento

•Ficha de Programação Físico-Orçamentária (FPO)

A FPO é o documento utilizado para registrar a programação físico-orçamentária de cada UPS. Este documento contém os dados sobre o nível de hierarquia, nível de apuração e deve ser preenchida por procedimento (quantitativo físico).

Bloco 01 - Procedimentos de Atenção Básica	
Grupo 01	Ações executadas por profissionais de enfermagem e outros profissionais de saúde de nível médio
Grupo 02	Ações médicas básicas
Grupo 03	Ações básicas de odontologia
Grupo 04	Ações executadas por outros profissionais de nível superior
Grupo 05	Procedimentos básicos de vigilância sanitária
Bloco 02 - Procedimentos Especializados	
Grupo 07	Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e de nível médio
Grupo 08	Cirurgias ambulatoriais especializadas
Grupo 09	Procedimentos traumatológico-ortopédicos
Grupo 10	Ações especializadas em odontologia
Grupo 11	Patologia clínica
Grupo 12	Anatomopatologia e citopatologia
Grupo 13	Radiodiagnóstico
Grupo 14	Exames ultra-sonográficos
Grupo 17	Diagnose
Grupo 18	Fisioterapia (por sessão)
Grupo 19	Terapias especializadas (por terapia)
Grupo 21	Próteses e órteses
Grupo 22	Anestesia
Bloco 03 - Procedimentos Assistenciais de Alta Complexidade	
Grupo 26	Hemodinâmica
Grupo 27	Terapia renal substitutiva
Grupo 28	Radioterapia (por especificação)
Grupo 29	Quimioterapia (custo mensal)
Grupo 30	Busca de órgãos para transplante
Grupo 31	Ressonância magnética
Grupo 32	Medicina nuclear - in vivo
Grupo 33	Radiologia intervencionista
Grupo 35	Tomografia computadorizada
Grupo 36	Medicamentos
Grupo 37	Hemoterapia

A FPO não permite estabelecer metas físicas para realização de procedimentos que a unidade não tenha capacidade para realizar.

3. Módulo Produção

- Boletim de Produção Ambulatorial (BPA)
- APAC/Magnético

O BPA é o documento utilizado pelos prestadores para registrar os procedimentos executados mensalmente, devendo ser preenchido em cada UPS e entregue ao gestor em formulário ou em meio magnético, nos prazos estipulados.

No BPA devem ser registrados todos os procedimentos realizados na unidade, independente da programação, sem que este registro gere compromisso de pagamento. Na ocorrência de procedimentos realizados e não apresentados no BPA do mês correspondente, o sistema aceita a apresentação até três meses após sua realização, separados por competência.

A APAC/Magnético é o instrumento para coleta de informações gerenciais e cobrança dos procedimentos de alta complexidade, assim como o cadastramento do paciente no Banco de Dados Nacional.

Os documentos citados (BPA, APAC/Magnético) são encaminhados pelas unidades ao gestor, que é o responsável pela aferição dos dados e encaminhamento para processamento, de acordo com a condição de habilitação municipal e as normas estabelecidas.

4. Módulo Diferença de Pagamento

- Boletim de Diferença de Pagamento (BDP)

O BDP tem por finalidade ajustar a produção e o pagamento decorrente de revisão técnica e/ou de auditoria *in loco*. É o documento para realizar ajustes de pagamento. É utilizado exclusivamente pelo gestor, em caráter excepcional, para registrar os valores de cobrança indevida - BDP de débito -, podendo ser referente à competência em processamento e até quatro competências anteriores. É importante que o gestor comunique oficialmente ao prestador no momento da sua emissão.

5. Módulo Cálculo para o Crédito

Este módulo tem por finalidade apurar os valores para o crédito da produção ambulatorial, com base na Tabela de Procedimentos do SIA/SUS vigente, a partir da produção aprovada do ajuste de débito e desconto de tributos.

6. Tabelas do SIA/SUS

- Tabelas Descritivas dos Procedimentos

Relacionam todos os procedimentos ambulatoriais remunerados pelo SUS, com a seguinte apresentação:

- Código do Procedimento: estruturado da seguinte forma - GG.SSO.DD-DV, em que:

GG = identifica o grupo de procedimentos,

SS = identifica o subgrupo de procedimentos,

O = representa o nível de organização dado a um conjunto de ações de saúde,

DD = identifica o detalhamento do procedimento,

DV = identifica o dígito verificador do código do procedimento.

- Nome do procedimento, incluindo quando necessário a especificação das condições para sua execução.

- Nível de hierarquia: estabelece o grau de complexidade da unidade necessário para a execução do respectivo procedimento.

- Serviço/Classificação: identifica qual o serviço de apoio de diagnose e terapia ou programas necessários à execução do procedimento. A classificação identifica o grau de complexidade e/ou o vínculo do serviço com a UPS.

- Atividade Profissional: estabelece a especificação das atividades profissionais que estão aptas à realização do procedimento.

- Tipo de Prestador: estabelece que tipo de prestador está autorizado a realizar o procedimento.

- Tipo de atendimento: estabelece em que tipos de atendimento o procedimento pode ser executado.

- Grupo de atendimento: estabelece em que grupos de atendimento o procedimento pode ser executado.
- Faixa etária: estabelece as faixas etárias a serem associadas ao procedimento.
- Valor do procedimento: identifica o valor do procedimento.

- Tabelas Decompostas de Valores

Relacionam todos os procedimentos remunerados pelo SUS, com os valores totais dos mesmos. Têm a seguinte estrutura:

- Código do procedimento
- Nome do procedimento
- Valor dos serviços profissionais (SP)
- Valor dos serviços do anestesista (ANEST)
- Valor dos outros insumos utilizados para a realização do procedimento (OUTROS) e
- Valor total do procedimento (TOTAL).

As Tabelas Descritivas de Procedimentos e as Tabelas Decompostas de Valores são publicadas oficialmente em portarias específicas da AS/MS.

- Tabelas de Consistências do Sistema

Permitem validar o cadastro, a programação e a produção ambulatorial. O Sistema utiliza tabelas nacionais, locais e de consistência cruzada, para verificação e validação dos dados, durante o processamento.

- Tabelas Nacionais

- Tabela de Tipo de Unidade
- Tabela de Caracterização do Prestador
- Tabela de Turno de Atendimento

- Tabela Fluxo de Clientela
- Tabela de Atividade Profissional
- Tabela de Serviços
- Tabela de Classificação de Serviços
- Tabela de Nível de Hierarquia
- Tabela de Tipo de Atendimento
- Tabela de Grupo de Atendimento
- Tabela de Faixa Etária/Gestante
- Tabela de Motivo de Cobrança
- Tabela de Município segundo IBGE

- Tabelas Locais
 - Distrito Sanitário
 - Região de Saúde
 - Agência Bancária
 - Faixa de Numeração de APAC

- Tabelas de Consistência Cruzadas
 - Serviço/Classificação x Atividade Profissional
 - Nível de Hierarquia x Tipo de Unidade
 - Procedimento x Serviço/Classificação
 - Procedimento x Nível de hierarquia
 - Procedimento x Tipo de Prestador
 - Procedimento x Tipo de Atendimento
 - Procedimento x Grupo de Atendimento
 - Procedimento x Faixa Etária

Críticas do Sistema

O sistema durante o processamento dos dados realiza uma série de críticas que permitem verificar a coerência das informações em relação ao cadastro, programação e produção das Unidades, bem como evitar erros de preenchimento dos documentos e pagamentos indevidos.

Principais Saídas do Sistema

São constituídas por relatórios estatísticos, financeiros e contábeis, com o objetivo de possibilitar aos gestores do Sistema o acompanhamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde, bem como de subsidiar o (re)planejamento das ações implementadas.

1. Relatórios de Cadastro

- Situação Cadastral da Unidade

Permite conhecer o potencial da unidade para geração de serviços. Permite ainda avaliar a compatibilidade entre a capacidade operacional da unidade e a programação físico-orçamentária (FPO).

- Situação Cadastral da Mantenedora

Permite identificar as Entidades Mantenedoras existentes e as unidades prestadoras de serviços a elas vinculadas.

- Situação Cadastral do Profissional

Contém informações que identificam o odontólogo, o médico e as especialidades.

2. Relatórios de Programação

- Acompanhamento da Programação Físico-Orçamentária

Permite verificar a adequação entre as metas físicas e orçamentárias, constituindo um suporte de ajuste da programação ou reprogramação.

3. Relatórios de Produção

- Relação das Unidades sem Produção

Identifica as unidades que, embora programadas para a prestação de serviços, não apresentam produção, ou que tiveram sua produção rejeitada no mês.

- **Frequência de Consultas**

Fornece informações referentes à frequência dos diversos tipos de consultas e o percentual de cada tipo com relação ao total de consultas. É emitido por unidade, município, região e distrito sanitário.

- **Frequência de Procedimentos**

Fornece informações referentes à frequência dos procedimentos realizados e o percentual em relação ao total. É emitido por ordem decrescente de frequência do procedimento ou de valor, por unidade, por município, estado. Fornece, ainda, informações sobre o gasto médio no período (1 mês, 2 meses, etc), e o acumulado no ano.

- **Síntese da Produção Ambulatorial**

Fornece, por unidade, a relação dos procedimentos apresentados no mês, identificando os procedimentos pagos, rejeitados ou pagos parcialmente em função das críticas de produção realizadas e os respectivos motivos da rejeição.

Permite identificar erros de preenchimento no BPA, desatualização ou omissões de dados cadastrais, cobranças indevidas e distorções na programação.

- **Síntese de Produção Individual**

Fornece, por UPS, a relação dos procedimentos apresentados pelos profissionais médicos ou odontólogos para pagamento direto de seus honorários, identificando os procedimentos pagos e rejeitados com os motivos da rejeição.

4. Relatórios de Pagamento

- **Discriminativo de Pagamento**

Fornece ao prestador o discriminativo de pagamento.

- **Relação de Crédito Bancário**

Identifica os prestadores e os valores a serem creditados.

- **Síntese de Diferença de Pagamento**

Demonstra as diferenças de pagamento de débito, solicitadas pelo gestor.

- **Síntese de Pagamento Ambulatorial**

Fornece informações sobre os valores líquidos e brutos referentes aos serviços prestados, discriminando os respectivos descontos.

- Ajustes Pendentes

Informa, identificando a unidade, os valores que não foram debitados em virtude da unidade não ter apresentado faturamento suficiente para o desconto total do débito.

Outros Documentos

- TABSIA

Permite a apuração das quantidades e valores de procedimentos ambulatoriais apresentados para cobrança pelos prestadores de serviço e aprovados pelas Secretarias Municipais e Estaduais.

Possibilita agregações por Município, Estado, Regiões de Saúde e totais Brasil, com detalhamento por mês de cobrança ou atendimento, Tipo de Prestador, Atividade Profissional, Item de Programação, grupos especiais de procedimentos, gestão financeira, e outros.

Dispõe de um processo de seleção que possibilita restringir ou individualizar a pesquisa em qualquer dos níveis acima citados, sendo importante instrumento de avaliação das ações desenvolvidas, com vistas ao processo de acompanhamento e/ou replanejamento.

- VALSIA

Aplicativo destinado à pesquisa de valores ambulatoriais creditados aos prestadores, municípios e estados.

Fornece detalhamento para cada um desses níveis por Item de Programação e Tipo de Prestador.

Permite também pesquisa de dados cadastrais que fornecem detalhamento de prestadores, bem como auxílio na obtenção da chave (CPF/CGC) ou (Cód. do Município) para pesquisa de valores.

Competências

Na Gestão Plena de Sistema

O gestor gerencia o SIA - programa, cadastra, realiza a programação físico-orçamentária das UPS, controla e avalia as ações e serviços de saúde, transmite em meio magnético as informações para o DATASUS/MS e paga aos prestadores; encaminha para a SES cópias dos disquetes, observando os dispositivos do MS.

Nas Gestões Plena da Atenção Básica

As ações básicas são de responsabilidade do gestor a programação, cadastro, programação físico-orçamentária das UPS, controle e avaliação das ações e serviços de saúde, pela remessa das informações ao DATASUS/MS por meio magnético, e cópias dos disquetes à SES, em cumprimento aos dispositivos ministeriais.

Ações Especializadas e de Alta Complexidade - em geral o cadastramento, a programação e a orçamentação são realizadas em conjunto, SES/SMS, cabendo ao gestor municipal a avaliação e controle das ações, encaminhar à SES a produção (BPA), sendo esta responsável pelo envio por meio magnético ao DATASUS/MS.

ROTEIRO BÁSICO PARA CONTROLE E AVALIAÇÃO DO SIA/SUS

Os gestores estaduais e municipais devem criar equipes multiprofissionais para executarem as atividades de controle e avaliação do Sistema.

Considera-se neste processo, duas formas de atuação: analítica e operativa.

Ação analítica - precede a operativa e destina-se a acompanhar, controlar e avaliar o desempenho dos serviços, através da análise de relatórios emitidos pelo Sistema. Abrange todos os procedimentos de prestação de assistência à saúde, através da análise dos conjuntos de dados gerados pelos diversos documentos de análise e consulta, bem como documentos de atendimento.

Ação operativa - verifica *in loco* a eficiência e eficácia do sistema, expressa pela cobertura proporcionada, pela qualidade dos serviços oferecidos, pelas metas de programação. Apura possíveis distorções detectadas nas ações analíticas.

Documentos de Análise e Consulta

- Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA)
- Boletim de Produção Ambulatorial (BPA)
- Tabela de Procedimentos Ambulatoriais
- Relatórios de Cadastro
 - Situação Cadastral de UPS e Mantenedora
 - Estatística Cadastral
 - Acompanhamento da Programação Físico-Orçamentária (FPO)
- Relatórios de Produção
 - Relatórios de unidades sem produção
 - Frequência de consultas
 - Frequência de procedimentos
- Síntese de Produção Ambulatorial
 - Relatórios de pagamento
 - Síntese de diferença de pagamento
 - Relação de crédito bancário efetuado

As **ações analíticas** consistem em:

- Avaliar a quantidade dos serviços produzidos por cada UPS;
- verificar a proporcionalidade do número de procedimentos prestados pelo número de profissionais e horas trabalhadas em cada unidade, nas diversas atividades profissionais;
- verificar as distorções de atendimento em relação a série histórica e a meta físico-orçamentária;
- revisar, do ponto de vista técnico-administrativo, os documentos referentes a exames e atendimentos;
- comprovar o grau de complexidade dos procedimentos com a capacidade técnica da UPS;

- constatar a proporcionalidade na solicitação de serviços complementares de diagnóstico e terapia.

As **ações operativas** consistem em:

- Verificar se a unidade mantém registros de todos os atendimentos ambulatoriais.

Em relação aos procedimentos ambulatoriais, as **ações operativas** são:

BLOCO 1 - PROCEDIMENTOS DE ATENÇÃO BÁSICA

É importante que todas as ações deste bloco sejam registradas, ainda que não gerem pagamento, uma vez que os recursos são definidos segundo um valor *per capita*.

Grupo 1 - Ações executadas por profissionais de enfermagem e outros profissionais de saúde de nível médio

- Verificar se as visitas estão sendo documentadas em relatórios, contendo: nome, endereço, data da visita, procedimentos realizados e assinatura do profissional que as realizou. Nos casos de atendimentos na Unidade também estes devem ser registrados.

Grupo 2 - Ações médicas básicas

- Verificar se as visitas e consultas estão sendo documentadas, contendo dados de identificação do paciente, anamnese, impressão diagnóstica e conduta; em caso de visitas, nome, endereço, data da visita, procedimentos realizados e assinatura do profissional que as realizou.

Grupo 3 - Ações básicas de odontologia

- Verificar se as ações estão sendo documentadas, contendo dados de identificação do paciente e procedimentos realizados, bem como assinatura do profissional/técnico que as realizou.
- Verificar se ocorre seleção prévia dos participantes do grupo e se há acompanhamento de todo o grupo durante o programa.

- Verificar se é elaborado no final de cada período (1 ano), relatório com a avaliação epidemiológica de cada grupo submetido aos procedimentos coletivos.
- Verificar se a Unidade identifica os indivíduos que participam do programa ao longo do ano, através de relação nominal dos pacientes de cada grupo, que deverá ficar à disposição do Controle e Avaliação.

Grupo 4 - Ações executadas por outros profissionais de nível superior

- Verificar se as visitas e atendimentos estão sendo documentados, contendo dados de identificação do paciente e ações/atividades realizadas; em caso de visitas, nome, endereço, data da visita, procedimentos realizados e assinatura do profissional que as realizou.

Grupo 5 - Procedimentos básicos de vigilância sanitária

- Considerar um procedimento por visita efetuada, independente do número de técnicos participantes e do tempo decorrido.
- Verificar se as visitas estão sendo devidamente documentadas, contendo: duração, local visitado, tipo de estabelecimento, data, medidas adotadas na constatação de irregularidades e assinatura do(s) responsável(is).

É importante ressaltar, ainda, as ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários da Saúde (PACS) – naqueles municípios que tiverem implantado esta estratégia de atendimento. Como a implementação do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) é obrigatória, a equipe de avaliação e controle deve verificar o correto preenchimento dos formulários e a alimentação sistemática da base de dados do sistema.

BLOCO 2 - PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

Grupo 7 - Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e de nível médio

- Verificar se os atendimentos estão sendo documentados, contendo dados de identificação do paciente e ações/atividades realizadas. É importante verificar o atendimento à clientela referenciada da atenção básica, que deve ter o acesso garantido.

- Verificar se as consultas e atendimentos são conduzidos no sentido de que o retorno do paciente restrinja-se aos casos de absoluta necessidade.
- Verificar no Boletim de Atendimento os exames solicitados e terapêutica prescrita.
- Verificar o resultado de exames auxiliares e resultados terapêuticos, decorrentes de consultas, não pode ser considerada como uma nova consulta.

Grupo 8 - Cirurgias ambulatoriais especializadas

- Verificar se há registro de descrição das cirurgias e se o boletim de anestesia encontra-se anexado.
- Verificar, nas salas de pequena cirurgia e cirurgia ambulatorial, as condições estruturais higiênico-sanitárias, de esterilização e de desinfecção dos instrumentos.
- Verificar se a sala de cirurgia ambulatorial dispõe de material para reanimação e manutenção cardiorrespiratória, materiais para oxigenação, aspiração e para os procedimentos cirúrgicos.
- Verificar se é garantida a assistência ao paciente após sua alta, se o mesmo apresentar complicações durante as 24 horas após o ato cirúrgico.
- Verificar se a sala de pequena cirurgia e/ou cirurgia ambulatorial está localizada no ambulatório ou se é utilizado o centro cirúrgico do hospital, o que favorece a possibilidade de ocorrer cobrança nos Sistemas SIA e SIH.
- Verificar se a Unidade garante suporte hospitalar para os casos que eventualmente necessitem de internação, em consequência de intercorrências.
- Verificar, no caso de cirurgias oftalmológicas, se não ocorre cobrança nos dois sistemas, o que caracteriza dupla cobrança, uma vez que algumas destas cirurgias constam na tabela de procedimentos dos dois sistemas (SIH e SIA).

Grupo 9 - Procedimentos traumato-ortopédicos

- Verificar se há cobrança em BPA de RX considerada indevida por estar incluída nos procedimentos ortopédicos.
- Verificar se os laudos radiológicos, comprobatórios do diagnóstico, estão anexados ao documento de atendimento.

- Verificar se os exames estão devidamente identificados, com nome ou número de registro do paciente.

Grupo 10 - Ações especializadas em odontologia

- Verificar se os dados da Ficha Clínica são transcritos para o Mapa de Produção Diária ou Boletim Diário de Atendimento Odontológico, o qual, consolidado, informará a produção diária da Unidade.
- Verificar se está sendo preenchida a Ficha de Atendimento Odontológico (FAO), que deverá estar à disposição para consulta por parte da equipe de controle e avaliação.
- Verificar o atendimento à clientela referenciada da rede de serviços, que deve ter o acesso garantido.

Grupo 11 - Patologia clínica

- Observar se os quantitativos de exames seguem os parâmetros de programação em relação às consultas médicas, e se as requisições são limitadas à indicação necessária para a elucidação do diagnóstico.
- Verificar a proporcionalidade de resultados negativos.
- Observar se, em unidades ambulatoriais de hospitais, ocorre cobrança no BPA dos exames para fins de internação, pois os mesmos estão incluídos no valor da AIH correspondente à internação.
- Verificar se as lâminas de citologia estão adequadas, se há falhas no manuseio e se o acondicionamento das mesmas está correto para o caso de transporte para o laboratório.
- Verificar as condições gerais e validade de uso de insumos como: reagentes, corantes, placas e outros.
- Verificar o destino dado ao material de exame realizado, bem como a seus recipientes.
- Verificar, junto aos laboratórios, sua participação no Programa de Controle de Qualidade desenvolvido pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica (SBPC). Constatar o envio mensal pelos laboratórios à SBPC dos testes para avaliação.

Grupo 12 - Anatomopatologia e citopatologia

- Observar se os quantitativos de exames seguem os parâmetros de programação em relação às consultas médicas, e se as requisições são limitadas à indicação necessária para a elucidação do diagnóstico.
- Verificar se as lâminas de citologia estão adequadas, se há falhas no manuseio e se o acondicionamento das mesmas está correto para o caso de transporte para o laboratório.
- Verificar as condições gerais e validade de uso de insumos como: reagentes, corantes, placas e outros.
- Verificar o destino dado ao material de exame realizado, bem como seus recipientes.
- Verificar junto aos laboratórios, sua participação no Programa de Controle de Qualidade desenvolvido pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica - SBPC. Constatar o envio mensal pelos laboratórios à SBPC dos testes para avaliação.

Grupo 13 - Radiodiagnóstico

- Verificar de forma aleatória, se são cumpridas integralmente as solicitações contidas nas requisições.
- Verificar a compatibilidade entre o quantitativo de laudos emitidos e os recursos humanos.
- Verificar a compatibilidade entre o grau de complexidade dos exames realizados, com os equipamentos disponíveis.
- Observar se os laudos estão completos, constando a assinatura do médico responsável.
- Verificar a proporcionalidade de resultados negativos.

Grupo 14 - Exames ultra-sonográficos

- Verificar de forma aleatória, se são cumpridas integralmente as solicitações contidas nas requisições.
- Verificar a compatibilidade entre o quantitativo de laudos emitidos e os recursos humanos.

- Observar se os laudos estão completos, constando a assinatura do médico responsável.
- Verificar a proporcionalidade de resultados negativos.
- Verificar o atendimento à clientela referenciada, segundo fluxo previamente estabelecido.

Grupo 17 - Diagnose

- Verificar se há registro de descrição dos procedimentos.
- Verificar, nas salas de atendimento, as condições estruturais higiênico-sanitárias de esterilização e de desinfecção dos instrumentos.
- Verificar a proporcionalidade de procedimentos solicitados/realizados e o número de consultas médicas.
- Verificar o atendimento da clientela referenciada pela rede pública de serviços.

Grupo 18 - Fisioterapia

- Verificar se são realizadas reavaliações durante o período do tratamento, principalmente em acidentados do trabalho.
- Verificar no prontuário a existência de prescrição e quantidades de sessões indicadas.
- Verificar se está sendo obedecida a Lei nº 6.856 de 1994, que fixa a jornada de trabalho dos profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional em trinta horas semanais.
- Verificar se há observância do parecer do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFITO), que estabelece um parâmetro de produtividade de 5 (cinco) pacientes/hora.
- Verificar o correto preenchimento da ficha de atendimento e assinatura do paciente nas sessões realizadas, não sendo permitido que as assinaturas se dêem antes das sessões.

Grupo 19 - Terapias especializadas

- Verificar se há registro de descrição dos procedimentos realizados.
- Verificar, nas salas de atendimento, as condições estruturais higiênico-sanitárias de esterilização e de desinfecção dos instrumentos.
- Verificar a proporcionalidade de procedimentos solicitados/realizados e o número de consultas médicas.
- Verificar o atendimento da clientela referenciada pela rede pública de serviços.

Grupo 21 - Próteses e órteses

- Verificar se a Unidade responsável pelas concessões mantém o cadastro dos usuários, a órtese/prótese concedida e a data de concessão.
- Verificar se são estipulados prazos para novas concessões.
- Verificar se consta no processo de concessão, a indicação médica, a apreciação da comissão responsável, a nota fiscal de compra e o recibo assinado pelo usuário.
- Verificar se estão sendo cumpridas as diretrizes gerais para concessão, estabelecidas nos dispositivos ministeriais.

Grupo 22 - Anestesia

Os códigos pertencentes a este grupo são aplicáveis para a realização de atos cirúrgicos e exames em deficientes físicos ou mentais – os procedimentos para os quais se permite o ato anestésico constam da Tabela de Procedimentos do SIA/SUS.

Também existem atos anestésicos neste grupo para a realização de determinados procedimentos odontológicos, em pacientes que se enquadrem nos grupos citados anteriormente.

É importante verificar a utilização destas ações de saúde e o seu registro fidedigno. Os responsáveis pela sua realização devem carimbar e assinar as fichas de atendimento, que devem conter também a assinatura do paciente ou do seu responsável.

BLOCO 3 - PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE

A realização dos procedimentos que integram este bloco implica a cobrança por APAC, que dispõe de documentos próprios, descritos a seguir.

- Laudo de solicitação de APAC – documento pelo qual o profissional solicita o procedimento a ser realizado, devendo ser corretamente preenchido, assinado e carimbado;
- Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC – I Formulário) – documento emitido pelo órgão autorizador devidamente credenciado pelo Gestor Municipal ou Estadual (dependendo da condição de gestão municipal e do acordo da CIB). A APAC – I Formulário é emitida em duas vias, ficando a primeira via com o órgão autorizador e a segunda via com o prestador. É responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde a confecção dos formulários, bem como a sua distribuição para os Gestores Municipais, de acordo com a Portaria MS/SAS nº 492, de 26 de agosto de 1999;
- Controle individual de frequência – documento obrigatório nos procedimentos realizados em série por determinado período (TRS, quimioterapia, entre outros);
- APAC II – meio magnético – de uso obrigatório para a identificação do paciente, registro das informações e instrumento de cobrança.

Grupo 27 - Terapia renal substitutiva

- Verificar o correto preenchimento do *laudo médico* para emissão da APAC
- Observar se estão sendo cumpridas as normas ministeriais de atenção ao paciente renal crônico.
- Verificar as condições sanitárias do serviço, devendo acionar os órgãos competentes, em geral da SES, para a inspeção necessária periodicamente.
- Manter articulação com os órgãos públicos responsáveis pelas ações de transplante de órgãos.
- Verificar se estão sendo realizados os exames necessários e nos prazos determinados.

Grupo 28 - Radioterapia

- Verificar as condições de armazenamento dos produtos radioativos e a proteção ambiental.

- Verificar se o serviço obedece às especificações exigidas pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEM).

Em caso de dúvidas, consultar: SIA/CGSIAH/DECAS/MS, por fax (0XX-61) 225-3174 ou e-mail codec@saude.gov.br

Grupo 29 - Quimioterapia

- Observar se estão sendo aplicados os medicamentos prescritos e nas doses indicadas.
- Verificar, nos casos de tratamento de tumores, se consta no prontuário do paciente o laudo citológico ou histopatológico.
- Verificar se há uma rotina para acompanhamento dos pacientes tratados.
- O controle dos pacientes tratados (consulta de segmento) será considerado como consulta, e não um procedimento de quimioterapia.

Em caso de dúvidas, consultar: SIA/CGSIAH/DECAS/MS, por fax (0XX-61) 225-3174 ou e-mail codec@saude.gov.br

Grupo 36 - Medicamentos

O instrumento que dá início ao processo de fornecimento da medicação é a *Solicitação de Medicamentos Excepcionais* (SME), utilizada para todos os produtos e que justifica, perante o órgão autorizador, o fornecimento da medicação.

Os recursos destinados à Assistência Farmacêutica/Medicamentos Excepcionais devem ser gerenciados preferencialmente pela SES, podendo, a critério da respectiva CIB, ser alocados sob gestão municipal (Portaria MS/SAS nº 409, de 5 de agosto de 1999). Caberá também a instância gestora as normatizações complementares, que devem explicitar o pacto firmado, as responsabilidades de cada nível, o fluxo da solicitação, dentre outros aspectos.

Grupo 37 - Hemoterapia

- Verificar se o quantitativo do procedimento Módulo Sorológico é compatível (igual ou inferior) com o do procedimento Coleta/Processamento, nas unidades que realizam os dois módulos - Coleta/Processamento e Sorológico.

- Verificar se os doadores considerados inaptos estão sendo devidamente encaminhados para atendimento, com vistas a diagnóstico e tratamento.
- Verificar na cobrança, através do BPA, se o quantitativo do Módulo Pré-Transfusional é compatível ao quantitativo do Módulo Transfusional.
- Verificar se as Unidades que recebem excedentes de plasma para separação em suas diversas frações, com finalidade terapêutica, estão devidamente autorizadas para tal, pelo Ministério da Saúde através de portaria específica.
- Verificar se estão sendo observadas as normas técnicas para coleta, processamento e transfusão do sangue, componentes e derivados, estabelecidas na Portaria do Ministério da Saúde nº 1.376, de 19 de novembro de 1993.

DEMAIS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE

São eles: hemodinâmica, busca de órgãos para transplante, ressonância magnética, medicina nuclear – *in vivo*, radiologia intervencionista, tomografia computadorizada, procedimentos específicos para reabilitação.

Estes procedimentos se configuram como aqueles de gerenciamento estratégico, dadas as suas características. Para o gestor municipal, é fundamental o conhecimento do acordo pactuado na Comissão Intergestores Estadual respectiva quanto à gestão dos recursos financeiros e dos serviços que realizam estes procedimentos e, conseqüentemente, das responsabilidades pelas ações de controle e avaliação a serem desenvolvidas. De qualquer maneira, citamos a seguir alguns aspectos importantes a serem observados.

- Constatar no prontuário, ou na solicitação, a justificativa médica para a realização do procedimento.
- Verificar se todos os procedimentos de alta complexidade/alto custo estão previamente autorizados pelo gestor ou profissional médico designado, com exceção dos casos de urgência/emergência.
- Analisar o custo/benefício desses exames e terapias, verificando os resultados dos exames, levantando índice de resultados negativos e acompanhando de modo aleatório os pacientes.

Formato: 20 x 25 cm
Tipologia: Book Antiqua
Papel: Chamois 70g/m²(miolo)
Cartão Supremo 250g/m² (capa)
Fotolitos: Quadratim
Impressão e acabamento: Armazém das Letras
Rio de Janeiro, agosto de 2001