



Caderno da



11ª CONFERÊNCIA
NACIONAL DE SAÚDE





BIBLIOTECA	
MUSEO DE CIENCIAS	
Registro	
Nº 09171	
04/08/03	e. 2



Reforma do Estado e o Setor Saúde: a experiência brasileira da última década

Nilson do Rosário Costa¹

Introdução

A agenda da reforma do Estado tem obtido uma larga aceitação e difusão internacional. As orientações para a reforma do Estado estão associadas aos programas de ajuste macroeconômico que buscam, de modo geral, o equilíbrio fiscal do setor público pela estabilização da moeda, privatização de estatais, diminuição dos gastos previdenciários e redução de políticas sociais universalistas.

A aceitação do programa de ajuste macroeconômico, nos anos 90, gerou um estreitamento para opções por políticas públicas orientadas por interesses puramente nacionais. Esse estreitamento aparece na maioria dos estudos relacionado a interdependências das economias nacionais e a influência das agências internacionais. Esse contexto teria diminuído o grau de liberdade para a implementação de política macroeconômica de natureza keynesiana em um único país. Ainda que muitos estudos mostrem que nem todos os países adotaram uma única estratégia na interação com o quadro da nova economia globalizada.

De qualquer modo, o processo de difusão da agenda da reforma do Estado tem gerado expressivas mudanças nas crenças substantivas das elites nacionais a respeito das funções do Estado. Esse processo pode ser definido como a "socialização de novas normas e redesenho de valores" sobre as funções do Estado na economia. A mudança nas crenças substantivas das elites tem sido um elemento fundamental para a difusão das propostas de reforma do Estado. Essa socialização opera por normas universais, instituições e mecanismos de legitimação oferecidos pelo conhecimento ou

¹ Ensp/Fiocruz



por comunidades de especialistas, especialmente do campo da economia e da gestão pública.

Os principais mecanismos que influenciam a mudança de valores nas elites nacionais são:

a) a mudança na economia internacional: a limitação do mercado externo para as exportações e a definição de novas exigências para os investimentos financeiros internacionais impuseram novas dificuldades para o crescimento das economias. A escassez de capital tem transformado as economias nacionais em grandes dependentes de investimentos financeiros e da inovação tecnológica, que são determinadas externamente. A década de 80 assistiu o fim do ciclo expansivo dos anos 70 e a baixa de recursos de investimento para a maioria das economias não-desenvolvidas, acirrando a disputa pelos recursos internacionais e limitando as opções de políticas macroeconômicas.



b) os vínculos externos das elites nacionais: destaca-se o papel dos grupos nacionais identificados com interesses e perspectivas externas: empresários e empregados de firmas internacionais, tecnocracias universitárias e científicas, militares, classe média cosmopolita; coalizões que exercem influência sobre políticas de orientação não-doméstica. Usualmente essas orientações estão em conflito com escolhas de políticas que visem a proteção ao trabalho, a ampliação do direito à terra, a proteção de setores marginais urbanos e a defesa de políticas de subsídio ao empresariado do mercado interno:

c) o uso direto do poder de alavancagem dos empréstimos externos para produzir decisões orientadas à abertura do mercado nacional em um cenário de escassez de recursos. Referimos aqui à larga utilização das "condicionalidades" pelas agências internacionais. Nas últimas décadas, vem se destacado o papel do Banco Mundial e FMI como nas funções de negociação multilateral, ampliando em escala exponencial as influências dos mecanismos de alavancagem na definição pelos Estados nacionais dos termos macroeconômicos como



as escolhas em áreas específicas de política como saúde, previdência, saneamento e educação e mesmo modelo administrativo.

A Reforma do Estado e a experiência brasileira

Em termos mais específicos podem ser identificados os efeitos da difusão dos programas de ajuste macroeconômico sobre a estrutura de propriedade dos Estados e sobre o modelo da administração. Esses efeitos são claramente perceptíveis na experiência brasileira:

O primeiro é a desregulação, expressa na mudança do papel do Estado na economia, principalmente na qualidade de estado-empregador ao exercer atividades consideradas estratégicas para os interesses nacionais por meio das empresas estatais de provisão de serviços de monopólio natural e das atividades financeiras.

A segunda é a privatização. A combinação entre desregulação e privatização tem sido uma consequência lógica, definindo um extenso processo de reforma patrimonial dos Estados nacionais pela transferência da provisão e concessão dos serviços de infra-estrutura estatais para empresas privadas nacionais e internacionais e grande privatização das atividades bancárias.

Por último, a *marketização*, que expressa a difusão de mecanismos similares a competição de mercado, introduzidos na gestão das organizações e programas de governo na perspectiva de uma nova gerência pública: administração orientada a resultados; orçamentação por contrato de desempenho; descentralização decisória; separação entre financiamento e provisão, entre outros itens.

A agenda da reforma do Estado brasileiro tem sido inspirada nessas formulações normativas que, embora induzidas por mecanismos de socialização e recomendações das agências internacionais, são de origens teóricas bastante diferenciadas.

Se as formulações da desregulação e privatização têm como fonte intelectual a idéia de Estado-Mínimo pelo en-





xugamento do setor público, as propostas da nova gerência pública oferecem instrumentos importantes para o desenho da micro eficiência na gestão de organizações e programas públicos.

A opção de política pública para a reforma do Estado no Brasil tem considerado que a boa prática de governo pressupõe a retirada do Estado das tarefas "desenvolvimentistas" de produção e comercialização de bens ou provisão direta de serviços sociais, para fortalecer as funções de promotor e regulador das condições de desenvolvimento. Há uma evidente visão reducionista das funções do Estado, especialmente considerando as economias não-desenvolvidas.

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (Brasil: 1995) estabeleceu um desenho institucional coerente com processos em curso na experiência internacional dos anos 80, dando continuidade no plano doméstico às iniciativas do Programa Nacional de Desestatização de 1990 e com as privatizações de empresas estatais da década de 80.

Pelo desenho proposto, o Aparelho de Estado seria redesenhado em quatro setores diferenciados:

a) o núcleo estratégico representaria o Governo propriamente dito e compreende os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário;

b) as atividades exclusivas do Estado, não-delegáveis, envolveriam nessa concepção regulação, segurança e arrecadação de impostos;

c) os serviços não-exclusivos, onde o Estado pode atuar em cooperação com organizações públicas não-estatais voltadas à promoção de justiça social ou preservação de atividades essenciais não providas adequadamente pelo mercado; e

d) produção de bens e serviços para o mercado, representando basicamente monopólios estatais, que deveriam ser submetidos a programas de privatização. As funções regulatórias se diferenciam quanto ao foco e às estruturas organizacionais, de acordo com o setor abordado e sua posição no aparelho de Estado.



Este desenho da reforma, embora parcialmente implementado, favoreceu um processo de "desregulação" pela delimitação das funções do Estado nacional por meio de programa de privatização e pela grande diminuição do número de servidores públicos federais.

Em relação ao primeiro item, a reforma patrimonial produziu um ambicioso programa de privatização das empresas estatais de utilidade pública e outras atividades de intervenção do Estado nacional na economia.

Os resultados gerais das privatizações em setores de monopólio público permitem dimensionar o impacto econômico provocado e a relevância da mudança na estrutura operacional do Estado brasileiro. O Tesouro Nacional arrecadou com privatizações no Programa Nacional de Desestatização, no período de 1991-2000, o montante de US\$23,785 bilhões e houve transferência de dívidas das empresas na ordem de US\$9,201 bilhões (BNDES: 2000). A Figura 1 resume a distribuição setorial da reforma patrimonial na infra-estrutura.

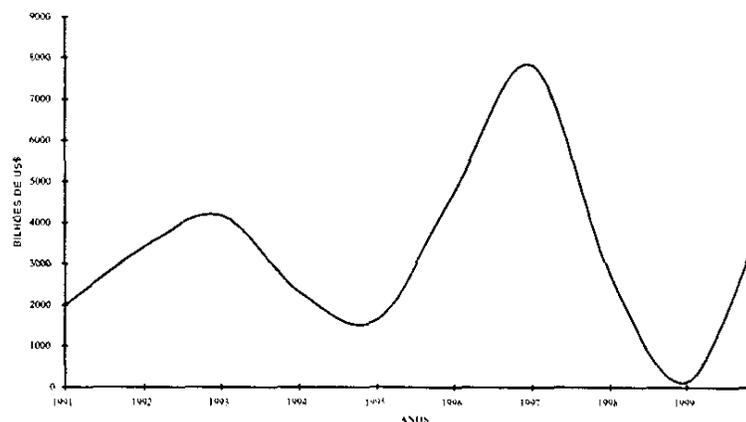
Figura 1
Resultados Setoriais do PND Brasil
1991/2000

	(em bilhões de US\$)
SIDERURGIA	8.187
PETROQUÍMICA	3.701
FERTILIZANTES	493
ELÉTRICO	5.577
FERROVIÁRIO	1.697
MINERAÇÃO	6.864
PORTUÁRIO	421
FINANCEIRO	240
INFORMÁTICA	50
PETRÓLEO E GÁS	4.032
OUTROS	612
TOTAL PARCIAL	31.876
DEC. nº 1.068/94	1.110
TOTAL GERAL	32.986



A reforma patrimonial pela privatização da infra-estrutura e das empresas estatais (setores de siderurgia, petroquímica, mineração, elétrico, petróleo e gás, entre outros) por meio do PND obteve no ano de 1997 a sua maior receita, como mostra a Figura 2.

Receitas em US\$ da privatização



Adicionando-se os 29,103 bilhões de dólares da receita da privatização do setor de telecomunicação e os 34,484 bilhões de dólares das privatizações das empresas dos Estados federados, a reforma patrimonial obteve um resultado, até o ano de 2000, de 96,573 bilhões de dólares (BNDES: 2000)

A rápida e controversa privatização das empresas estatais que atuavam em áreas de monopólio natural ou em atividades produtivas estratégicas teve como efeito não previsto a adoção de um novo regime regulatório para estimular a concorrência e favorecer a provisão adequada de bens públicos. Nesse sentido, a reforma patrimonial do Estado brasileiro seguiu o caminho dos países europeus e dos Estados Unidos pela adoção do modelo agência independente para regulação dos novos provedores de serviços de utilidade pública.

Na experiência internacional do ajuste macroeconômico, as soluções adotadas da privatização geraram efeitos opostos à esperada desregulação pela exigência de um novo regime regulatório para os serviços de utilidade pública de



monopólio natural, agora privatizados. Essa exigência ampliou as áreas de atuação do Estado e a burocracia pública com novas características.

O traço central da reforma regulatória tem sido a delegação de expressivo poder decisório a instituições independentes – as chamadas agências regulatórias – para o controle das empresas de provisão de serviços de utilidade pública e outras atividades de relevância pública.

A reforma regulatória é a descrição das mudanças na indústria de serviços de utilidade pública nas economias industriais: de um monopólio de propriedade pública em empresas com novos proprietários, novas instituições regulatórias, novas estruturas industriais, novos competidores e novos métodos de controlar o seu comportamento.

No Brasil, as elites nacionais têm sido fundamentais na implementação da reforma regulatória porque buscaram fontes alternativas de receitas para o ajuste fiscal federal e dos Estados federados, levando à privatização de empresas de monopólio público. Ao desenharem o novo regime regulatório duas expectativas têm sido sinalizadas à opinião pública:

- A privatização deverá favorecer o padrão de eficiência macroeconômica pela indução à concorrência em áreas de monopólio natural;

- Os novos mecanismo para a implementação de políticas públicas no contexto pós-reforma patrimonial do Estado favorecerá os consumidores pela provisão de serviços de melhor qualidade e menor custo.

A privatização da propriedade pública e a criação de um novo modo de regulação obteve assim, na década de 90, razoável aceitação pela opinião pública brasileira em razão, em parte, da insatisfação com a qualidade dos serviços oferecidos pelas empresas estatais e pela ampla difusão que teve o tema da crise do Estado em todas as correntes de pensamento econômico, embora poucas evidências empíricas sus-





tentassem esse consenso em relação a todas as áreas de atividade do Governo.

A solução adotada no ambiente do programa de ajuste foi a concessão ao setor privado dos serviços públicos e de outras atividades de relevância pública e a promoção da regulação por agências especializadas.

Esses novos entes da gestão pública têm sido estabelecidos por estatuto como autoridades independentes e recebem a permissão para operar fora da linha de controle hierárquico e de supervisão do Governo Central. O resumo das características organizacionais das primeiras agências brasileiras está na Figura 3:

Número de servidores federais no Brasil



Esse modo de regulação representa a nova fronteira da política pública e da administração pública nas economias industrializadas. Os governos têm-se orientado a delegar poderes para uma instituição independente como um meio de legitimação das estratégias regulatórias que não teriam credibilidade de outro modo.

Um padrão comum às novas instituições é o poder de arbítrio e independência que lhes é concedido nas economias industriais avançadas. Suas atribuições foram para além do monitoramento e autorização para funcionamento, intervindo



na estrutura de preços e qualidade de serviços, e nas condições de financiamento das atividades concedidas. O poder de arbitragem tem sido exercitado sem a exigência de procedimentos legais mais gerais e com pouca evidência de "captura" pelos segmentos regulados. O que de qualquer modo não deixa de ser um objeto de aguda preocupação dos especialistas e entidades de consumidores.

A principal fonte de aprendizado social sobre a regulação vem do regime regulatório para as empresas de serviços de utilidade pública. A reforma regulatória nesse segmento industrial busca favorecer a competição e diminuir a regulação formal e burocrática

Além de serem responsabilizados pelos processos de transferência da propriedade – técnicas de venda, preços das ações, receitas obtidas, efeitos sobre a divisão de propriedade etc. – as agências regulatórias devem responder a questão fundamental: qual o desempenho das empresas privatizadas?

Nas atividades com poder de mercado ou alto risco de falhas de mercado, os incentivos para a eficiência dependem criticamente do regime de competição e regulação com o qual o setor opera, independente da natureza da propriedade ou da mudança de propriedade.

Alguns autores chamam atenção que esses regimes e a sua reforma são cruciais em determinar como a nova forma de propriedade funcionará, o quanto a meta de eficiência da privatização será bem sucedida, e como será o desempenho do setor econômico como um todo, se sob propriedade pública ou privada. Em resumo, incentivos para a eficiência dependem de novo regime de propriedade, competição e regulação.

Os mecanismos de competição em geral obrigam as firmas à busca de redução de custos e de inovação. Para obter esse resultado por meio de incentivos, é necessário o desenvolvimento e a sustentação de forte estrutura regulatória extra-mercado, que o Estado brasileiro parece em processo de aprendizagem.

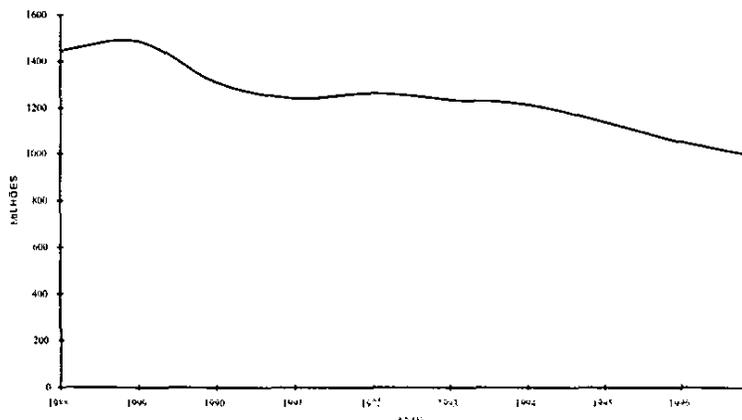


Se essas são respostas consistentes do ponto de vista microeconômico, porém não o são suficientemente sob a ótica macroeconômica: as principais críticas ao processo de privatização aparecem relacionadas à "exportação de poder decisório", isto é, à visível perda de autonomia doméstica em áreas vitais como inovação tecnológica e desenvolvimento científico.

Em relação ao aparelho do Estado, a criação de novas carreiras (carreiras estratégicas de Estado) e de novas organizações de implementação de políticas públicas (as agências executivas e as agências regulatórias) tem sido fortemente estimulada.

Ainda que o projeto da flexibilização administrativa por meio da terceirização e "publicização" (a criação de um terceiro setor "público não-estatal" ou as chamadas organizações sociais para a provisão de serviços sociais e científicos) tenha sido vetado ou implementado residualmente, o Governo Federal foi muito bem sucedido em promover um considerável enxugamento nos seus postos de trabalho. No período de 1990-1999 os efeitos da reforma patrimonial se refletiram na diminuição de quase um milhão de empregos de federais, como mostra a Figura 4.

Número de servidores federais no Brasil





O enxugamento viabilizado pela privatização e descentralização da provisão dos programas sociais tem sido seguido pela flexibilização dos contratos de trabalho no setor público. A Emenda Constitucional nº 19/98 é a principal expressão desse processo de flexibilização da gestão pública, destacando-se, entre outros itens:

- O fim do regime jurídico único para a administração direta, autárquica e federal. Com a supressão da exigência de regime jurídico, os entes federativos e suas entidades podem contratar servidores regidos pela CLT em todas as áreas:

- O fim da isonomia salarial, tendo sido retiradas do texto constitucional as disposições relativas à isonomia de vencimentos no serviço público:

- A quebra do direito à estabilidade: os servidores estáveis poderão ser demitidos por insuficiência de desempenho mediante procedimento de avaliação periódica com direito a ampla defesa. Poderão ser demitidos quando qualquer nível de Governo estiver gastando mais do que o percentual de receita fixado em lei;

- A diferenciação dos concursos públicos de acordo com a natureza dos cargos, sendo fixados requisitos específicos para contratação.

Uma inovação adicional nesse processo foi a inclusão de dispositivo que permite que aos órgãos e entidades da administração pública possam firmar contratos de gestão com os ministérios e ganhar maior flexibilidade para administrar o orçamento e folha de pagamento. O instrumento do contrato de gestão possibilitaria a fixação de salários diferenciais entre os seus empregados ou servidores desde que sejam cumpridas as metas estabelecidas no contrato de gestão.

A vocalização do veto ao projeto da reforma considera esse conjunto de modificações como "irracionais" por nada de novo e positivo oferecer ao cidadão, exceto a supressão de direitos. A solução para a qualidade do processo estaria apenas na institucionalização de mecanismos efetivos de controle social, que asseguraria a gestão democrática, participativa e profissionalizada.



À reforma do serviço público de várias sociedades democráticas expressa a vontade de ampliar a *performance* da gestão pública. Esse processo teve como uma das principais motivações a idéia de que nem sempre o interesse público e o insulamento dos servidores públicos caminham lado a lado. Esse dilema não tem sido bem elaborado no debate brasileiro.

O debate sobre a crise do *welfare state* soterrou na década de 80 as construções tipo ideal das carreiras do serviço públicos altamente padronizadas e insuladas no interior de organização estatal, que dominaria em nome da razão pública a destinação dos recursos da sociedade.

Em certas circunstâncias, considerou-se que a excessiva autonomia da gestão pública traz também malefício à sociedade em razão da ausência de instrumentos objetivos de responsabilização e flexibilidade nas decisões que contrariem o interesse coletivo. Esse reconhecimento tem permitido a criação de novas orientações para inspeção e regulação e para coleta de informação usada para a avaliação de *performance*; a difusão das virtudes do "valor do recurso público" por meio da publicização dos resultados das avaliações (de forma comparativa) e premiação dos melhores modelos.

Apesar dos aspectos retóricos e, muitas vezes, voluntaristas dessas propostas, os mecanismos que incentivam a eficiência, copiados das boas práticas das empresas, favoreceram a melhoria do desempenho das atividades de provisão de serviços públicos e mesmo fortaleceram o sistema de proteção social.

Dentro dessa agenda, as várias soluções da nova administração pública buscaram incentivos para que os agentes públicos atuassem melhor, mantendo-se sob controle as suas escolhas mais arbitrárias.

Efeitos da Reforma do Estado no Setor Saúde

Qual o impacto desse processo no setor saúde, além da adaptação do modelo agência para a regulação de planos e seguros de saúde e para o campo da vigilância sanitária?



Trabalha-se com a tese de que no setor saúde não se tem verificado uma reforma abrangente por força dos arranjos institucionais do Sistema Único de Saúde.

Não se identifica para a saúde no Brasil uma agenda de reforma padrão *big bang*: estratégia de implementação de reforma abrangente e sistêmica. Esse padrão de reforma do setor saúde foi adotado com sucesso pela Inglaterra e depois difundido ou adaptado nos países europeus ao longo da década de 90.

As investigações recentes indicam a existência no Brasil de outro processo de mudança: a reforma do setor saúde transcorre por mecanismos de difusão de novos padrões de prática administrativa na comunidade técnica dos gestores de organização pública e programas de saúde. As mudanças organizacionais tem ocorrido, portanto, de modo fragmentado, localizado e experimental.

Verifica-se sob outra dinâmica também a "socialização de normas e redesenho de valores" sobre as funções do Estado ou o papel das organizações públicas. A "socialização de políticas" é diferenciada em relação ao padrão *big bang* porque representa a função de "aprendizagem social" de valores ou crenças sobre alternativas substantivas de gestão face ao *status quo*.

A aprendizagem social pode ser definida como um processo pelo qual o conhecimento relevante se acumula e se dissemina pelo sistema decisório público. Esse conhecimento acumulado apresenta-se como relativamente consensual no seio de grupos específicos – principalmente em comunidade de especialistas em políticas. A comunidade de especialistas não se reduz a "profissão", "grupo de interesse" ou "burocracia" por compartilhar um conjunto de princípios e normas, crenças causais, concepções de validade e horizonte técnico-político. A comunidade de especialistas terá como principal fonte de poder a autoridade cognitiva do conhecimento técnico-científico aplicado à implementação e gestão de políticas e organizações.

As elites técnicas e a burocracia executiva são os principais agentes responsáveis por esse comportamento adaptativo



voltado para a introdução de inovações. Há nessa emulação pela gestão voltada ao desempenho organizacional fins estratégicos bem definidos.

O contexto democrático estabelece fortes imperativos de sobrevivência e competitividade política por meio do julgamento periódico pelos eleitores/clientes, aumentando nos executivos locais as preocupações com "o bom Governo" e com as temáticas de *performance* organizacional. A necessidade do bom Governo pressiona a busca pela qualidade organizacional e favorece a flexibilidade e a experimentação.

A Figura 5 comprova o impacto desse processo, segundo estudo recente sobre a gestão hospitalar em São Paulo e no Rio de Janeiro (Reforma do Estado e o Setor Saúde, NEPP/ENSP, 1999).

Figura 5
Inovações que funcionaram como importantes elementos de mudança na gestão do hospital

Inovações	V. Abs.	(%)
Autonomia orçamentária	9	40,9
Autonomia gerencial	10	45,5
Autonomia na gestão de recursos humanos	7	31,8
Suporte de Fundação, Sociedade de Amigos ou similares	8	36,4
Introdução de incentivos ao desempenho profissional	7	31,8
Criação de centrais de marcação ou outra redução de barreiras de acesso	8	36,4
Criação de hospital-dia	11	50,0
Organização de atenção domiciliar	11	50,0
Repactuação das relações com os médicos	10	45,5
Ampliação da disponibilidade de recursos financeiros	6	27,3
Mudanças na organização do trabalho dos profissionais	10	45,5
Reorganização da porta de entrada	15	68,2
Autonomia em outros itens de custeio	4	18,2
Otimização do orçamento	11	50,0
Obras, abertura de novas instalações ou adequação física	13	59,1
Aquisição de novos equipamentos	12	54,5
Participação mais decisiva de associações e comunidade em itens de decisão no hospital	8	36,4
Desenvolvimento de ouvidoria ou outro organismo de garantia de direitos dos pacientes	9	40,9
Outras inovações	4	18,2

Obs.: Estas informações englobam 23 hospitais seleccionados, sendo 17 do Rio de Janeiro e 6 de São Paulo.

Fonte: Dados da Pesquisa "Reforma do Estado e Setor Saúde" - ENSP (Flóru) NEPP (UNICAMP) UFPE



O processo de inovação faz com que os executivos e os dirigentes públicos adotem as estratégias de flexibilização que minimizem os custos da gestão pública. O estudo citado sobre a inovação na gestão hospitalar mostra que essas escolhas afetam a definição jurídica das entidades no direito público: os objetivos e fins da organização; a forma de obtenção de receitas pela criação de mecanismos alternativos de gestão de recursos obtidos no mercado; a obediência às leis do Regime Jurídico Único; de Licitações e Contratos; e a Legislação de Orçamentos e Finanças. Essa tendência à acelerada flexibilização aparece nas tabelas comentadas a seguir.

A Figura 6 mostra que no universo de 23 hospitais da rede pública da região metropolitana do Rio de Janeiro e São Paulo que responderam o questionário específico aplicado pelo estudo, 47,8% utilizam formas de flexibilização administrativa que afetam a definição jurídica das entidades no direito público:

Figura 6
Modelo Administrativo nos Hospitais Públicos 1999

Forma da Administração	V. Abs.	(%)
Administração Burocrática	12	52,2
Administração Flexibilizada	11	47,8
TOTAL	23	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa 'Reforma do Estado e Setor Saúde'. ENSP (Fiocruz)/NEPP (UNICAMP) UFPE

Entre as formas de administração alternativas ao direito público está um leque irrestrito de soluções em que se destacam:

- as fundações de apoio: entidades privadas conveniadas, instauradas pelas direções das organizações públicas para permitir agilização na gestão de receitas complementares à dotação pública: aquisição e alienação de bens e patrimônio; remuneração complementar de funcionários e profissionais da administração regidos pelo RJU; contratação de recursos humanos; introdução de incentivos; implementação de obras e ampliação de infra-estrutura etc.



• as cooperativas de profissionais de médicos: arranjos legalmente instituídos e que freqüentemente vendem serviços à rede pública. Os gestores do SUS (Estados e Municípios) recorrem a esta modalidade, simples ou combinada, para suprir deficiências em alguns setores, como no caso da compra de serviços de anestesistas, de serviços de plantonistas médicos em fins de semana. As cooperativas propriamente ditas foram instituídas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para prestação de serviços médicos e de enfermagem no Hospital Lourenço Jorge e pela Secretaria Estadual de Saúde do RJ, em regime combinado entre salário de estatutário e complementação por cooperativa, para oferecer serviços no Hospital da Posse em Nova Iguaçu/RJ. Na cidade de São Paulo foi desenvolvida uma modalidade singular de cooperativa para a gestão de sistema local e oferta de serviços, implementada pela prefeitura municipal pelo Plano de Assistência Médica (PAS).



• as organizações sociais: entidades jurídicas formalizadas pelo Projeto de Reforma da Administração Pública do Governo Federal de 1995 que inova a administração pública ao definir as Organizações Sociais como entes públicos não-estatais criados para absorver atividades estatais "publicizáveis", isto é, retiradas da administração direta, e administrar bens e equipamentos do Estado. São constituídas por associação civil sem fins lucrativos para a execução de atividades de interesse público, mas não de competência exclusiva do Estado, no ensino, pesquisa científica e desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde.

Conclusões

O processo de reforma do Estado e flexibilização administrativa parece ainda ser uma experiência em aberto pelo baixo grau de consenso em relação aos seus efeitos sobre a provisão de bens escassos e sobre a capacidade do poder público de regular as organizações de provisão de bens de utilidade pública e serviços geridas por terceiros.



Para que esse processo seja bem sucedido é necessária a introdução de rotinas de avaliação que permitam gerar parâmetros de qualidade e indicar mudanças nas decisões já implementadas.

As experiências internacionais apontaram para esse caminho aos países que se defrontaram com a necessidade de reformar os sistemas administrativos e conceder a terceiros a provisão de serviços de utilidade pública. Essas experiências vêm problematizando, a partir de estudos realizados por organismos independentes (institutos de pesquisa, universidades, e organizações não-governamentais), os seguintes pontos:

1) a baixa experiência da administração pública na regulação eficiente das organizações terceirizadas, potencializando um processo de captura e baixa responsabilização;

2) a pouca confiança na capacidade de contratualização do Estado. Essa escassez de confiança é agravada quando os contratos entre as novas agências e o setor terceirizado são avaliados pelo sistema de representação política. As organizações tendem, diante da baixa tradição contratual desses agentes, a definir estratégias de resistência e veto às inovações propostas:

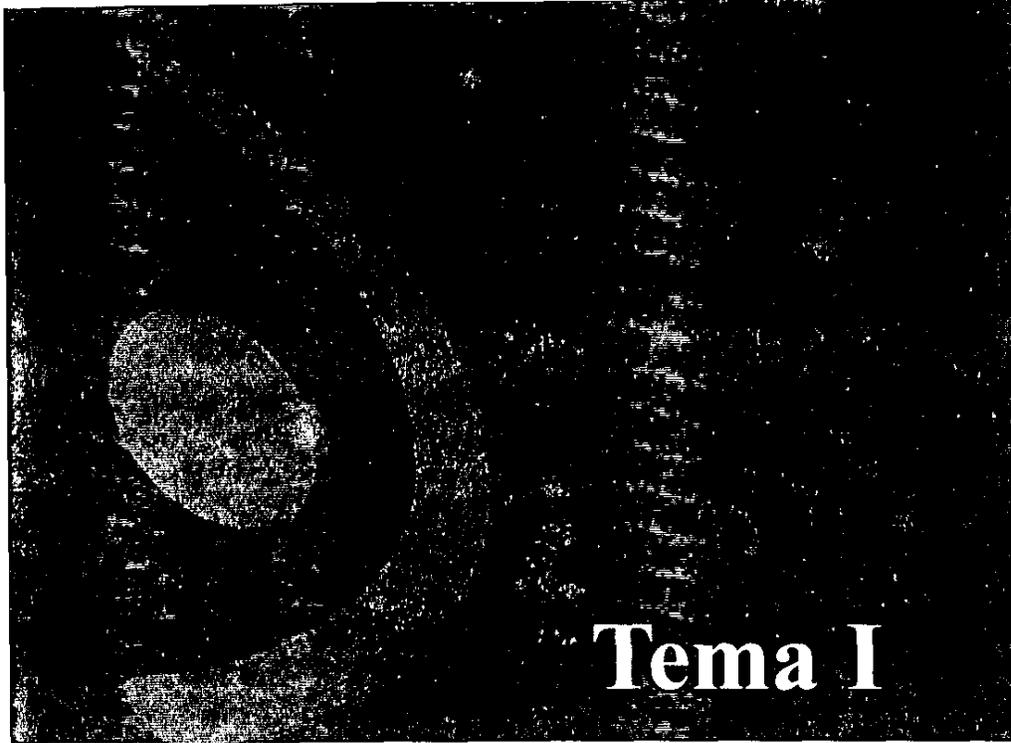
3) a ameaça aos direitos dos cidadãos de acesso e utilização de bens públicos pela criação de mecanismos alternativos ao quase-mercado para financiamento de organizações situadas no terceiro setor. Esta ameaça tem recolocado na agenda a discussão das atividades estratégicas às quais o Poder Público não pode submeter a mecanismos de mercado pela ameaça à equidade e à justiça distributiva;

4) a indefinição sobre quem arca com os altos custos de transação para estabelecer o equilíbrio entre principal e agente e prevenir os contratos contra as condutas oportunistas:

5) a constatação de que as teorias de mercado aplicadas ao setor público podem produzir resultados incertos e desas-

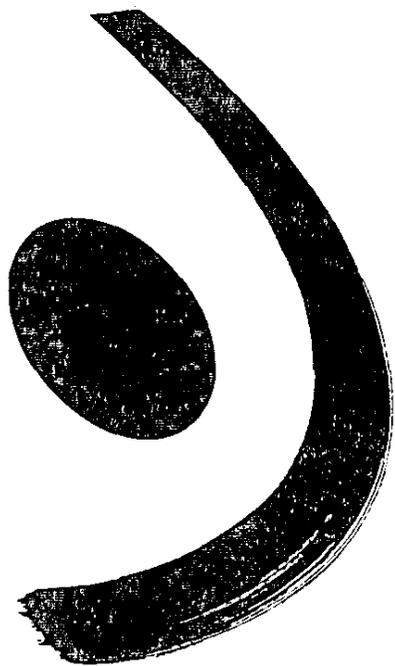


trosos, gerando novos gastos pela necessidade de correção das falhas do mercado em situações de assimetria de informação entre os agentes ou de controle por um único provedor dos mercados criados pelo setor público.



Tema I

Avaliação do
controle social
nos 10 anos do SUS:
a construção
do acesso, qualidade
e humanização
na atenção
à saúde





Balço de experiêncas de controle social, para além dos conselhos e conferêncas no Sistema Único de Saúde Brasileiro: construindo a possibilidade da participação dos usuários

Soraya Maria Vargas Côrtes

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH)

Programa de Pós-Graduação em Sociologia (PPGS)

Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde Coletiva (NIPESC)

Introdução

O texto apresenta inicialmente um histórico da constituição dos mecanismos de controle social do SUS, ressaltando a vinculação existente, desde antes da existência legal do sistema, entre repasse de recursos financeiros e criação de comissões interinstitucionais e, mais tarde, conselhos de saúde. A seguir, examina problemas recorrentes que vêm motivando debates sobre o papel dos conselhos e das conferências e sobre seus limites como veículo de viabilização da participação de usuários. Ao final, examina a criação de novas formas de controle social, argumentando que a consolidação das mesmas depende, em parte, do estabelecimento de estratégias que as tornem tão orgânicas e integradas à estrutura de gestão do sistema quanto já o são os conselhos e conferências.

Conselhos e conferências no contexto da reforma do sistema Brasileiro de saúde: antecedentes e legislação

Até o início dos anos 80, o sistema brasileiro de saúde era dividido entre os subsetores de saúde previdenciária e de saúde pública, ambos atuando paralelamente, carecendo de integração no planejamento e nas ações. O subsetor previdenciário detinha a maior parte dos recursos financeiros. Ele oferecia serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares, acessíveis aos trabalhadores contribuintes, através de unidades próprias e, crescentemente, através de prestadores contratados. A crise econômica e os custos crescentes com a provisão



de assistência à saúde fortaleciam as propostas de políticos, de administradores e de líderes dos movimentos popular e sindical, visando reorganizar o sistema para torná-lo universal, descentralizado e melhor integrado. A reorganização implicaria transferência de poder político e de recursos financeiros do subsetor previdenciário para o de saúde pública e da esfera federal para as administrações estaduais e municipais.

A democratização política, o fortalecimento dos níveis sub-nacionais de governo e as recomendações das agências internacionais motivaram a implementação de políticas e o estabelecimento de legislação que veio universalizar o acesso, integrar e descentralizar o sistema público de saúde brasileiro. Para os que defendiam a redução do tamanho do Estado e da proporção de gastos com proteção social pública, o objetivo principal era o corte de custos. Em contraste, aqueles que defendiam a democratização do acesso a serviços e a ampliação do controle estatal sobre os serviços financiados com recursos públicos, ressaltavam a importância de estimular a participação dos usuários.

Ao longo da década de 70 e na primeira metade dos anos 80, buscando liberalizar o regime, uma vez que a crise econômica havia reduzido sua legitimidade política, o governo militar tomou medidas procurando constituir novos canais de representação de interesses. Visava-se legitimar o regime autoritário e ampliar as bases sociais de apoio através da implementação de políticas para aliviar pobreza e de expansão de cobertura previdenciária. Simultaneamente, as relações simbióticas entre os interesses empresariais e a tecnocracia do setor público eram criticadas até mesmo pela burguesia, insatisfeita com o declínio nas atividades econômicas. Foram restabelecidas ou criadas formas democráticas de representação e expressão política, tais como eleições para cargos do Poder Executivo, liberdade de imprensa, de associação e de organização partidária. Projetos e programas governamentais previam a criação de comissões ou conselhos que deveriam ter entre seus componentes representantes da sociedade civil. Uma característica marcante da



reforma do sistema de saúde brasileiro, durante os anos 80, foi a criação desse tipo de mecanismo participatório.

Dois programas do Governo Federal e um conjunto de provisões legais podem ser considerados como os fundamentos institucionais da reforma do sistema brasileiro de saúde. Eles foram os programas das Ações Integradas de Saúde – AIS (1984), dos Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde – SUDS (1987), a Constituição Federal, de 1988, e as Leis Federais nº 8.080 e 8.142 (1990).

O Programa das AIS, criado em 1984, fazia parte da estratégia do regime militar para reduzir os custos do sistema previdenciário, que haviam crescido durante os anos 70. Ele estabelecia que a previdência social transferiria recursos financeiros para governos estaduais e municipais que optassem por tomar parte no programa. O principal objetivo era melhorar a rede de serviços espalhada nos três níveis de governo, retendo a demanda por cuidados ambulatoriais e hospitalares financiados pela previdência social. Para facilitar a integração das ações dos provedores públicos de serviços, foram criadas comissões interinstitucionais nos níveis federal, estadual, regional, municipal e local da administração pública. Essas comissões eram denominadas, respectivamente, Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS), Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e Comissão Local Interinstitucional de Saúde (CLIS). As três primeiras comissões eram compostas por representantes dos prestadores de serviços e do Governo, ao contrário das duas últimas que previam o envolvimento "de entidades comunitárias, sindicais, gremiais, representativas da população local" (Brasil, Ministério da Previdência e Assistência Social e outros, 1984, 8). À exceção das comissões regionais, as demais institucionalizaram-se como importantes fóruns de debate no setor. Além de auxiliarem a integração interinstitucional, os novos fóruns gradativamente se transformaram em canais de representação política dentro da organização estatal.



As comissões municipais deveriam decidir sobre a alocação de recursos financeiros previdenciários transferidos para as municipalidades e monitorar o modo como eles eram gastos. Os cuidados de saúde oferecidos diretamente pelas esferas federal, estadual e municipal, financiados com recursos dos orçamentos desses níveis da administração pública, não estavam incluídos nas agendas de discussão das comissões. Particularmente nas capitais e nas cidades de grande porte, com movimentos social e sindical fortes, grupos de interesse – tais como associações de moradores, sindicatos, organizações que representavam profissionais e trabalhadores de saúde – pressionavam pela ampliação da pauta de discussões. Eles viam no fortalecimento desses fóruns a abertura de possibilidades inéditas de participação no processo de decisão política setorial.



Em agosto de 1987, o Governo Federal iniciou o Programa dos SUDS, com objetivo de universalizar o acesso a cuidados de saúde e, ao mesmo tempo, racionalizar custos e o uso de recursos, através da unificação dos serviços de saúde dos subsetores previdenciário e de saúde pública. A proposta era de integração dos serviços de saúde da previdência à rede descentralizada pertencentes aos governos estaduais e municipais. Havendo municipalização, as secretarias municipais de saúde se tornariam os gestores dos serviços existentes em seus territórios, exceção feita àqueles que, devido ao seu nível maior de complexidade, fossem referências para populações de mais de um município. O SUDS abriu as comissões interinstitucionais estaduais de saúde à participação popular e reforçou o papel de representantes da sociedade civil nas comissões municipais e locais. O programa habilitou as comissões municipais a tomar parte nas decisões sobre serviços contratados, uma vez que houvesse ocorrido a municipalização.

A Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1988, e as Leis nºs 8.080 e 8.142 aprovadas pelo Congresso Nacional, em 1990, foram influenciadas pelas organizações que representavam os interesses dos usuários em aliança com os refor-



madores do sistema brasileiro de saúde. A estratégia geral era construir um sistema universal e único de saúde, financiado com recursos da seguridade social – criada pela nova Constituição – e dos orçamentos federal, estaduais e municipais. A maior parte da provisão direta e da regulação dos serviços financiados com recursos públicos ficaria a cargo dos municípios. As esferas federal e estadual assumiam a responsabilidade pelo monitoramento e avaliação do sistema e pela provisão de serviços de maior complexidade que se constituíssem em referência para populações de mais de um município. Embora por lei a atenção à saúde tenha se tornado obrigação municipal, até meados da década de noventa, particularmente nas cidades de grande porte, a municipalização dependeu do sucesso de negociações complexas, muitas vezes conflituosas, entre autoridades de saúde municipais e estaduais. Debatia-se sobre como e quando os serviços passariam para a esfera administrativa municipal, quais deles seriam repassados e, principalmente, qual o acordo financeiro que viabilizaria ao município assumir os novos encargos.



A Lei nº 8.142/90 ampliou ainda mais as possibilidades de envolvimento de usuários no processo de decisão setorial em comparação com o que havia sido proposto pelos programas anteriores. Deveriam ser constituídos conselhos de saúde permanentes, nos níveis federal, estadual e municipal da administração pública, os quais deveriam ser compostos por representantes do Governo, de prestadores de saúde, de profissionais de saúde e de usuários. Metade do conselho seria formada por representantes dos usuários e a outra metade por conselheiros oriundos dos demais segmentos sociais. Um dos requisitos para que as secretarias estaduais e municipais se habilitassem a receber recursos financeiros federais era a existência de conselhos organizados de acordo com as determinações legais. Esses fóruns deveriam participar do estabelecimento de estratégias, decidir sobre a alocação de recursos financeiros e monitorar a implementação de políticas. Como a provisão de serviços de saúde se tornara principalmente uma obrigação municipal, uma vez ocorrido o proces-



so de municipalização, os conselhos municipais poderiam vir a ter controle sobre os cuidados de saúde, financiados com recursos públicos, dentro do território da cidade.

A mesma lei criava também as conferências de saúde, nos três níveis da administração pública, as quais deveriam ter composição igual a dos conselhos e ocorrer a cada quatro anos. Elas deveriam avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

A esse conjunto de programas e disposições legais, devem ser acrescentadas as Normas Operacionais Básicas (NOB) do Ministério da Saúde, editadas em 1993 e 1996, as quais normatizaram e estimularam o processo de municipalização. Embora elas não se referissem diretamente ao funcionamento de conselhos e de conferências municipais, elas tiveram grande importância para o seu fortalecimento político. Se não houver controle do gestor municipal sobre a atenção à saúde financiada com recursos públicos, os conselhos e as conferências podem ter intensa participação de representantes de usuários, que efetivamente controlem o processo decisório do fórum, mas eles estarão decidindo apenas sobre serviços próprios do município. Nesse caso, as decisões que de fato afetam a organização dos serviços e a qualidade e quantidade de cuidados a serem oferecidos estarão ocorrendo nos níveis estadual e federal da administração pública.



Além desse conjunto de regras legais e institucionais, o capítulo "Controle Social sobre o SUS" do relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, em Brasília, tem servido como norteador para as iniciativas no sentido de consolidar o papel decisório dos conselhos e das conferências. O capítulo sintetizava os principais problemas identificados por conselheiros e apresentava suas demandas e propostas para o fortalecer os conselhos e capacitar representantes de usuários. Ele ainda apontava para a necessidade de criação de novas formas de controle social que viabilizassem a participação de usuários e de trabalhadores de saúde nas



decisões tomadas pelos gestores de unidades hospitalares e ambulatoriais de saúde. Preconizava também que além de participar dos processos decisórios, fossem abertas possibilidades para que os usuários, individualmente, pudessem manifestar opinião e encaminhar queixas sobre a qualidade e a acessibilidade de serviços. Propunha-se, por um lado, o aprofundamento do controle social sobre a gestão, que determina como são e quais são os serviços a serem produzidos, e, por outro, a constituição de mecanismos que permitissem que cada usuário, em particular, pudesse expressar sua opinião sobre o resultado desta gestão, consubstanciada na forma do cuidado que ele viesse a receber.

Avaliação do controle social no SUS: para além dos conselhos e conferências

Até meados do ano 2000, 97,04% dos municípios do País (5.343 em 5.506) haviam municipalizado a rede ambulatorial básica pública e os serviços de vigilância em saúde (epidemiológica e sanitária) existentes em seus territórios. No entanto, apenas 8,97% (494 em 5.506) haviam passado a ter controle também sobre todos os serviços financiados com recursos públicos – ambulatoriais, hospitalares, terapêuticos ou de apoio diagnóstico – inclusive aqueles contratados de prestadores privados (Brasil, Ministério da Saúde, 2000). Como um dos requisitos para municipalizar é a existência de conselho, todos esse municípios devem tê-los constituído.

Assim, mesmo considerando as dificuldades e as resistências para tornar realidade as propostas políticas e as determinações legais, atualmente, a quase totalidade dos municípios brasileiros têm alguma forma de conselho constituído. Existem ainda em pleno funcionamento conselhos estaduais de saúde em todos os Estados e o Conselho Nacional de Saúde. As organizações que representam interesses de usuários têm renovado esforços para aumentar sua influência nesses conselhos. Elas parecem reconhecer que, no novo desenho institucional, foi aberta a possibilidade para que os usuários participem do processo de decisão política setorial.



Embora tenham sido realizadas oito conferências nacionais de saúde anteriormente a 1990, apenas a última delas – a 8ª Conferência Nacional de Saúde – teve participação popular marcante, possivelmente por ter sido realizada em 1986, no contexto da democratização política, dos conflitos e negociações que precederam o processo constitucional e de intensa discussão sobre os rumos da reforma do sistema de saúde. A partir de então, realizaram-se duas conferências nacionais – a 9ª, em 1993, e a 10ª, em 1996 – precedidas pela organização de cerca de cinco mil conferências municipais e estaduais em todos os Estados da federação. A mobilização que elas provocaram pode ser atestada pelo processo de escolha de delegados, cercado, muitas vezes, de disputas acirradas entre diferentes entidades, buscando garantir a presença de seus representantes no evento. Saliente-se que tem sido respeitada a exigência legal de paridade entre delegados usuários e representantes de outros segmentos sociais (Cortês, 2000).



A legislação criou os conselhos e as conferências nos níveis federal, estadual e municipal da administração pública, mas eles não foram instituídos a partir de um vazio institucional. Na maior parte dos casos, os conselhos originaram-se da adaptação das comissões interinstitucionais existentes, desde a segunda metade da década de 80, às novas exigências legais. A realização de conferências era tradição no setor, desde o início do século; a principal diferença introduzida foi o regramento em relação à periodicidade e ao envolvimento de representantes da sociedade civil.

Esses fóruns vêm modificando seu caráter dentro de um sistema de saúde em processo de mudança. Desde 1984, quando as autoridades de saúde federais deram prioridade à integração interinstitucional e à descentralização, através do Programa das AIS, os fóruns permanentes – inicialmente comissões, depois conselhos – além de facilitarem a integração, estavam se tornando um espaço para o qual eram canalizadas demandas e conciliados os interesses de prestadores, de trabalhadores e profissionais de saúde, de gestores públicos e de representantes do movimento popular e sindical.



No entanto, alguns problemas recorrentes vêm motivando debates sobre o papel de conselhos e de conferências no contexto do SUS e sobre seus limites como veículo de viabilização do controle social sobre o sistema. Ao mesmo tempo, o reconhecimento da existência de dificuldades tem estimulado a criação de novas formas de controle social. A viabilização das últimas depende, em parte, do estabelecimento de estratégias que as tornem tão orgânicas e integradas à estrutura de gestão do sistema quanto já o são os conselhos e conferências.

Papel e limites de conselhos e conferências para a viabilização do controle social

O papel de mediação de interesses nas cidades de grande e médio porte, não vêm sendo exercido pelos conselhos e pelas conferências. Desde o início dos anos 90, os representantes da categoria médica e dos prestadores privados de serviços têm deles se retirado, ou deles participado de modo bastante marginal. A ausência de representantes desses setores parece ser mais freqüente nos conselhos municipais dessas cidades. Seus líderes argumentam que os conselhos são hostis aos médicos e aos prestadores privados de serviços. Eles estariam subrepresentados nesses fóruns, considerando sua importância na área de saúde (Entrevista 16, 1992; Entrevista 21, 1992). Evidentemente que tais grupos de interesse não foram excluídos do processo de decisão política setorial. Sua influência tem sido exercida diretamente sobre os gestores, através de canais formais e informais de exercício de pressão política. Exemplos de canais formais seriam o Legislativo, a mídia ou a apresentação pública de demandas aos gestores. Os canais informais se constituiriam, principalmente, através de administradores públicos identificados com as demandas de médicos e prestadores privados de serviços de saúde. A identificação tem muitas vezes caráter corporativo, pois os gestores públicos freqüentemente são médicos ou, por vezes, proprietários de hospitais ou de equipamentos de apoio diagnóstico ou terapêutico. Saliente-se que a legislação proíbe que proprietários de serviços exerçam posições de chefia no SUS. No entanto, dono de hospital ou de outros equipamen-



tos, pode abandonar formalmente a direção daquela organização apenas durante o período em que exerce a função de gestor público, permanecendo sua identificação com os interesses da corporação médica e dos prestadores privados de serviços.

Diferentemente do que ocorria na segunda metade dos anos 80, os conselhos e as conferências de saúde, na década de 90, parecem ter deixado de ser o local principal de negociações e de mediação de interesses setoriais. Esses fóruns, entretanto, assumiram dois papéis institucionais fundamentais. Em primeiro lugar, nos conselhos e durante as conferências de saúde, articulam-se as forças sociais favoráveis ao aprofundamento do processo de construção do SUS. Em segundo lugar, na medida em que o processo de municipalização se consolida, eles passam a ser o lugar onde os representantes dos usuários – marcadamente dos moradores das regiões mais pobres das cidades – apresentam suas demandas aos gestores públicos. A mediação entre projetos conflitantes para o setor parece estar ocorrendo, preferencialmente, nos gabinetes dos gestores públicos de saúde.

Outra dimensão da análise do papel dos conselhos é a delimitação de quais são as suas funções em relação ao gestor. Já na 10ª Conferência Nacional de Saúde, em diversos grupos de trabalho travou-se intenso debate em torno de proposições que invertiam os papéis de conselhos e de gestores. Aos primeiros atribuíam-se tarefas de gerência e aos segundos caberia o controle da execução. Em determinadas localidades, a relação entre os movimentos popular e sindical e os gestores é tão conflituosa que justifica o anseio em assumir diretamente o comando da administração dos serviços. Em outros casos, há constatação de irregularidades, como parece ter acontecido recentemente em Rondônia, quando o conselho estadual de saúde tornou-se o ordenador de despesas, graças à intervenção do Ministério Público que denunciava distorções na administração financeira do SUS. A inversão dos papéis compromete o caráter deliberativo dos conselhos, que se passam a funcionar imersos em atividades



de gerência: sobrecarrega os representantes de usuários, que abdicam de horas de trabalho ou descanso para participar nas atividades administrativas que passam a ser responsabilidade do fórum; e, principalmente, desobriga o gestor de responder pela qualidade e acessibilidade da atenção à saúde oferecida, tornando os representantes dos usuários, no mínimo, co-responsáveis por fornecer respostas e executar ações.

Existe ainda uma certa redução da área de atuação política dos conselhos, que passa a ser restrita ao em torno das direções do Poder Executivo na área de saúde. O simples fato de determinada decisão ter sido tomada no conselho não garante sua viabilização política. Por vezes os representantes dos usuários em conselhos estaduais e em conselhos municipais, das cidades em que os movimentos popular e sindical são fortes, parecem abdicar de utilizar o espaço dos conselhos para a articulação de forças sociais favoráveis ao aprofundamento do processo de construção do SUS. Têm rareado as mobilizações públicas pela melhoria dos serviços e ampliação do acesso a cuidados complexos de saúde. Tem reduzido também a pressão junto ao Poder Legislativo que decide, por exemplo, sobre a alocação de recursos para a área de saúde.



A legislação que normatiza e a realidade dos conselhos e das conferências, bem como do próprio SUS, permanecem largamente desconhecidas para a população em geral e, mesmo, para muitos trabalhadores e profissionais de saúde e conselheiros. Ainda é muito limitado o conhecimento sobre conselhos e conferências entre a população usuária e entre trabalhadores e profissionais de saúde. Iniciativas visando a capacitação de conselheiros, recomendada no relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde, têm atenuado o problema. Saliente-se, no entanto, que muitas vezes o conselheiro capacitado não tem conseguido multiplicar seus conhecimentos entre os membros das entidades que ele representa.

Existe enorme variedade de modos de funcionamento de conselhos. Alguns têm participação intensa de representantes do movimento popular e sindical. Outros existem apenas for-



malmente, criados para responder à exigência legal e, desse modo, viabilizar o recebimento de recursos financeiros. É a força dos movimentos popular e sindical que determinará a ocorrência ou não de participação de representantes legítimos e autônomos dos setores populares nesses fóruns. Mais que isso, o padrão de organização dos movimentos sociais influencia o modo como os usuários se envolvem nas atividades dos conselhos e das conferências. Se o padrão de organização for mais centralizado, a tendência é que os representantes dos usuários se envolvam diretamente nas atividades dos conselhos nacional, estaduais e municipais das cidades grandes. Se o padrão de organização for mais descentralizado, os representantes usuários chegarão a eles através de organizações locais, tais como os conselhos locais de saúde, clubes de mães, associações comunitárias ou de moradores, entre outras.



A importância dos movimentos sociais urbanos, especialmente nas cidades maiores, é decisiva porque os representantes do movimento sindical nos conselhos – excluídos os que representam trabalhadores de saúde – têm sido minoria. Isso possivelmente se explica pelo fato de os setores de trabalhadores mais mobilizados serem aqueles cujos membros já dispõem de seguros ou planos de saúde especiais, não contando unicamente com o sistema público para atender a suas necessidades. Em cidades pequenas, onde os sindicatos de trabalhadores rurais são fortes, eles se constituem na principal base de sustentação para a participação continuada de seus representantes junto aos conselhos municipais. Saliente-se que esses trabalhadores também dispõem apenas do sistema público para suprir suas necessidades de atenção à saúde. As possibilidades de envolvimento autônomo dos representantes de usuários nas conferências municipais, que escolhem os delegados que participarão das etapas estaduais e federal, dependem da consistência do envolvimento nos conselhos municipais. O caráter episódico das conferências as transforma em momento culminante de um longo processo gestado ao longo dos quatro anos que antecedem a realização de cada uma delas.



Para além dos conselhos e das conferências

Talvez o principal desafio para que o controle social colabore para garantir o acesso, a melhoria da qualidade e a humanização da atenção à saúde seja o de "aproximar os conselhos aos milhões de usuários que procuram as unidades de saúde em todo o País e aos milhares de trabalhadores de saúde que aí prestam seus serviços" (Marcelos Neto e outros, 2000, 2). Os conselhos de saúde envolveram-se cada vez mais com os grandes temas da política nacional de saúde ou com debates estaduais, regionais ou municipais sobre organização, planejamento e financiamento de serviços. Ficaram "em plano secundário as questões referentes aos espaços onde se produz atenção à saúde, especialmente à assistência. As duas dimensões da política de saúde são fundamentais e devem estar articuladas (...). É no espaço das unidades assistenciais que ganham materialidade, ou não, as grandes diretrizes da política de saúde" (Marcelos Neto e outros, 2000, 2).

No capítulo "Controle Social Sobre o SUS" no relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde constava da determinação de que deveria haver controle social na gestão de cada unidade do sistema. O relatório estabelecia que deveriam ser constituídos novos mecanismos de participação, tais como conselhos gestores em unidades ambulatoriais e em hospitais cujos serviços são financiados com recursos do SUS, bem como em indústrias farmacêuticas públicas. Tem havido experiências exitosas na constituição de conselhos gestores em unidades ambulatoriais de saúde, como no caso dos 32 conselhos locais organizados por unidades, em Chapecó (Santa Catarina) e dos conselhos gestores da região Humaitá-Navegantes-Ilhas, em Porto Alegre (Rio Grande do Sul). No último caso, líderes do movimento popular urbano iniciaram processo de discussão em 1998, que redundou na criação de conselhos junto à administração das cinco unidades de saúde da região. No entanto, o resultado mais importante dessa mobilização foi a elaboração, em 1999, do estatuto dos conselhos gestores que vem sendo apreciado pelo Conselho Municipal de Saúde com vistas à sua imple-



mentação em toda a cidade. O problema apontado pelas lideranças de usuários que têm participado do processo é a ausência de normatização e de obrigatoriedade de constituição desses conselhos.

Uma estratégia interessante é a adotada pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Ela vinculou o repasse de recursos financeiros, de programas estaduais de qualificação e apoio à rede hospitalar, à constituição de conselhos gestores junto à administração do hospital. A estratégia recorre ao mecanismo que vem sendo utilizado, desde 1984, com o programa das AIS, que condicionava a transferência de verbas previdenciárias para Estados e Municípios à criação de comissões interinstitucionais de saúde. Mais tarde, o SUDS e as leis do SUS também empregaram o recurso de condicionar o repasse de verbas à constituição de comissões interinstitucionais e, depois, conselhos de saúde. Isso explica, em grande parte, a disseminação de conselhos de saúde pelo País. Pode-se pensar em aproveitar a tradição setorial consolidada desde a década passada e estabelecer normatização nacional que condicione o repasse de recursos financeiros às unidades de saúde, ambulatoriais e hospitalares, a constituição de conselhos gestores.



Será a força das instituições políticas e dos movimentos popular e sindical nas cidades que tornará viável a participação autônoma e consistente de representantes dos usuários em conselhos municipais, locais ou gestores. Clientelismo e paternalismo ainda são características marcantes nas relações entre Governo e grupos de interesse no Brasil, especialmente nas pequenas cidades, nas áreas rurais menos industrializadas do País. Embora os conselhos possam colaborar para a consolidação de formas mais democráticas de representação de interesses, eles têm seu funcionamento limitado e condicionado pela realidade concreta das instituições e da cultura política dos municípios brasileiros. Porém, naquelas localidades em que existe organização da sociedade civil, mesmo que ténue, o espaço público dos conselhos pode se tornar espaço organizativo. Além disso, reivindicar o direito de par-



participar de fóruns cuja legitimidade é garantida por regramen-
to federal, fortalece politicamente os pleitos das organiza-
ções que representam os interesses dos usuários.

O relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde também determinava que deveriam ser constituídos serviços de ouvidorias e de disque-denúncia em todos os níveis do SUS. Além do disque-saúde federal, houve experiências de funcionamento de ouvidorias em alguns hospitais de Belo Horizonte, São Paulo e Porto Alegre. Por estarem implantadas dentro da estrutura administrativa do hospital as ouvidorias têm como característica poder atender tanto a queixas de consumidores como de trabalhadores de saúde. Nesse sentido, podem se constituir em elementos auxiliares na gestão de atenção à saúde e de recursos humanos. Entretanto, parece que tem predominado a constituição de serviços de atendimento ao consumidor, ao usuário ou ao cliente, muitas vezes restrito ao oferecimento de número telefônico para o recebimento de queixas e sugestões.



Tais mecanismos se diferenciam dos conselhos ao colaborar para a avaliação de serviços prestados, em vez de atuar sobre o processo de decisão sobre como e qual o tipo de atenção a ser oferecido. Eles não têm como pressupostos a organização prévia de usuários e a escolha de representantes que expressem sua discordância ou suas proposições. Por isso, nesses casos, não existe a possibilidade de participação do usuário, no sentido de tomar parte do processo de decisão política. No entanto, eles podem vir a contemplar exatamente os setores mais frágeis da população, que sequer dispõem dos canais organizados de expressão política. O cuidado oferecido poderá se tornar mais adequado às necessidades dos usuários através desses mecanismos unicamente se o setor responsável por receber a queixa tiver competência, poder administrativo e autonomia institucional para realizar investigações, emitir parecer e tomar as medidas necessárias para punir responsáveis e corrigir falhas de funcionamento.

O controle social sobre o SUS não se esgota nos fóruns e



mecanismos internos de participação. O relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde também estabelecia que os conselhos de saúde deveriam agir articuladamente com os Tribunais de Contas e com o Ministério Público. O papel fiscalizador de ambos e de garantidor de direitos do segundo tem resultado em parcerias proveitosas no sentido de favorecer a construção do sistema em acordo com os princípios constitucionais e as determinações legais que o sustentam. Porém, especialmente o Poder Judiciário tem, em alguns casos, (in)compreendido o SUS (Pinto, 2000, 47). É dever do Estado realizar o direito humano fundamental à saúde. Esse direito, contudo, não é auto-aplicável. A impraticabilidade da prestação de certos serviços solicitados pelos usuários e a prescrição via judicial parece transferir para o Judiciário o julgamento clínico. A determinação de que se preste certos cuidados a qualquer preço fere os princípios de acesso igualitário. Pois se tantos esperam por atendimento, e quando o recebem o fazem em certas condições, por que poucos não esperariam e receberiam em outras condições? Por outro lado, se a maior parte dos prestadores se submete a receber o pagamento acordado com o gestor, por que outros receberiam a preços de mercado? Iniciativas no sentido de propiciar que Poder Judiciário e gestores públicos compartilhem experiências e conhecimento têm mostrado ser a melhor forma de atenuar conflitos.



Considerações finais

Dois programas do Governo Federal e um conjunto de provisões legais podem ser considerados como os originadores da criação de mecanismos participatórios no sistema de saúde brasileiro. Eles foram os programas das Ações Integradas de Saúde – AIS (1984), dos Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde – SUDS (1987), a Constituição Federal (1988) e as Leis Federais nºs 8.080 e 8.142 (1990). Acrescem-se a esse conjunto as Normas Operacionais Básicas (NOB) do Ministério da Saúde (1993 e 1996) que normatizaram e estimularam o processo de municipalização. Embora elas não se referissem diretamente ao funcionamento de con-



selhos e de conferências municipais, elas têm grande importância para o seu fortalecimento político. Se não houver controle do gestor municipal sobre a atenção à saúde financiada com recursos públicos, os conselhos e as conferências podem ter intensa participação de representantes de usuários, que efetivamente controlem o processo decisório do fórum, mas eles estarão decidindo apenas sobre os serviços próprios do Município. Nos últimos quatro anos, também o capítulo "Controle Social sobre o SUS" do relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996) tem servido como norteador para as iniciativas no sentido de consolidar o papel decisório dos conselhos e das conferências.

A disseminação de conselhos e a realização de conferências em praticamente todos os municípios do País não significa que em todas as localidades a representação dos usuários tem sido autônoma e consistente. Existe enorme variedade de modos de funcionamento de conselhos. Alguns têm participação intensa de representantes dos movimentos popular e sindical. Outros existem apenas formalmente, criados para responder à exigência legal e, desse modo, viabilizar o recebimento de recursos financeiros.

Em relação ao seu papel no contexto do SUS e seus limites como veículo de viabilização do controle social sobre o sistema, alguns problemas têm se mostrado recorrentes.

- a) O papel de mediação de interesses, nas cidades de grande e médio porte, não tem sido exercido pelos conselhos e pelas conferências. Neles articulam-se as forças sociais favoráveis ao aprofundamento do processo de construção do SUS e os representantes dos usuários – marcadamente dos moradores das regiões mais pobres das cidades – apresentam suas demandas aos gestores públicos.
- b) Por vezes, invertem-se os papéis dos conselhos e dos gestores. Aos primeiros atribui-se tarefas de gerência e aos segundos, o controle da execução.



c) Existe uma certa redução da área de atuação política dos conselhos, que passa a ser restrita ao em torno das direções do Poder Executivo na área de saúde.

d) A legislação que normatiza e a realidade dos conselhos e das conferências, bem como do próprio SUS, permanecem largamente desconhecidas para a população em geral e, mesmo, para muitos trabalhadores e profissionais de saúde e conselheiros.

Os conselhos de saúde têm se envolvido crescentemente com os grandes temas da política nacional de saúde ou com debates estaduais, regionais ou municipais sobre organização, planejamento e financiamento de serviços. Ficaram em segundo plano as questões referentes aos espaços onde se produz atenção à saúde. Embora existam experiências exitosas de constituição de conselhos gestores em unidades ambulatoriais e hospitalares do SUS, a sua disseminação depende de regramento. Pode-se pensar em aproveitar a tradição setorial consolidada desde a década passada – através dos programas AIS e SUDS e das leis do SUS – e estabelecer normatização nacional que condicione o repasse de recursos financeiros às unidades de saúde, ambulatoriais e hospitalares, à constituição de conselhos gestores.



Outra forma de controle social que poderia colaborar na melhoria da qualidade e humanização da atenção à saúde, seriam as ouvidorias e disque-denúncia. Além do disque-saúde federal, existem experiências de funcionamento de ouvidorias e de serviços de atendimento ao consumidor, ao usuário ou ao cliente, em alguns hospitais.

O controle social sobre o SUS não se esgota nos fóruns e mecanismos internos de participação. É fundamental articular sua ação à dos Tribunais de Contas e do Ministério Público. O papel fiscalizador de ambos e de garantidor de direitos do segundo tem resultado em parcerias proveitosas no sentido de favorecer a construção do sistema em acordo com os princípios constitucionais e as determinações legais que o sustentam.



Portanto, além dos controles externos, acima mencionados, existem serviços que recebem queixas individuais sobre a atenção oferecida, tais como ouvidorias, serviços de atendimento ao consumidor, cliente ou usuário, disque-saúde. Eles podem colaborar para a avaliação de serviços prestados, mas não atuam no processo de decisão sobre como e qual o tipo de atenção a ser oferecido. Eles não pressupõe a participação de setores organizados da população usuária e seu envolvimento no processo de decisão setorial. Por isso mesmo, eles podem vir a contemplar exatamente os usuários que sequer dispõem de canais organizados de expressão política. Contudo, eles somente terão impacto sobre a qualidade da atenção à saúde se aqueles que receberem as queixas tiverem competência, poder administrativo e autonomia institucional para realizar investigações, emitir parecer e tomar as medidas necessárias para punir responsáveis e corrigir falhas de funcionamento.

Os conselhos nacional, estaduais, municipais e gestores de saúde pressupõem que existam movimentos popular e sindical fortes, determinando a ocorrência de participação de representantes legítimos e autônomos de usuários nesses fóruns. A diversidade dos níveis de organização da sociedade civil brasileira condiciona a variedade de tipos de funcionamento desses conselhos espalhados pelo território nacional. Nas cidades em que o nível de organização é alto, as possibilidades de existir participação são maiores. Mas mesmo naquelas localidades em que os movimentos popular e sindical são frágeis, o espaço público dos conselhos pode-se tornar espaço organizativo. Além disso, reivindicar o direito de participar de fóruns cuja legitimidade é garantida por regramento federal, fortalece politicamente os pleitos das organizações que representam os interesses dos usuários.



Referências Bibliográficas

- Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Cultura, Governos Estaduais e Governos Municipais. 1984. *Ações Integradas de Saúde*. Porto Alegre: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Fotocopiado.
- Brasil. Ministério da Saúde. 2000. *Situação atual do processo de habilitação*. [www.saude.gov.br / Descentralização](http://www.saude.gov.br/Descentralizacao).
- Cortes, Soraya M. V. 2000. *Perfil dos delegados da 10ª Conferência Nacional de Saúde*. Conferência Nacional de Saúde *on line*. [www.datasus.gov.br / cns](http://www.datasus.gov.br/cns).
- Entrevista 16. 1992 Entrevistado por Soraya Cortes, 19 de Outubro. Transcrito. *Arquivos do NIPESC/IFCH/UFRGS*. Porto Alegre.
- Entrevista 21. 1992 Entrevistado por Soraya Cortes, 14 de Outubro. Transcrito. *Arquivos do NIPESC/IFCH/UFRGS*. Porto Alegre.
- Marcelos Neto, T.; Ferla, A.; Fraga, A.; Silveira, A. M.; Guadagnin, A.; Carlos, A.; Andrade, A. de C.; Custódio, A.; Mendes, B.; Santos, C. A. dos; Mello, C. H. de; Martins, C.; Campos, C. R.; Santos, C. R. dos; Machado, C. J.; Nascimento, C. F. do; Dr. Rosinha; Galo, E.; Carajá Filho, E.; Xavier, E.; Santos, F. P. dos; Carvalho, G.; Carvalho, G. M. de; Murari, H.; Jesus, H. de; Magalhães Júnior, H.; Coelho, I.; Campomizzi, J.; Athaide, J.; Fassarella, J.; Martins, J. L.; Cavalcante, J. T.; Amaral, L. C.; Barcelar, L. M.; Manfredini, M. A.; Silva, M. A. da; Gouveia, M. E.; Maninha, M. J. da C.; Scheffer, M.; Silva, M. F.; Elizabethc, M.; Astun, M.; Lopes, M.; Oliveira Júnior, M. de; Oliveira, N. L. S. de; Barriguelli, N. R. C.; Brêtas, N.; Tolentino Filho, O.; Carvalho, P.; Batista, P. I.; Freire, R.; Lima, R. C.; Menezes, R.; Itamar, R.; Santos, R. C. dos; Fernandes, R. F.; Lourenço, S. H.; Sebastião Neto; Menezes, S. A.; Rodrigues, S. D. P.; Franco, T. B. 2000. *A respeito do tema da 11ª Conferência Nacional de Saúde*:
- "Efetivando o SUS: Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social"*. Conferência Nacional de Saúde *on line*. [www.datasus.gov.br / cns / temas / tribuna livre](http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna livre).
- Pinto, E. de L. *Direito à Saúde e Gestão do SUS: Um processo garantista, de efetivação dos Direitos Humanos e a judicialização da saúde*. Saúde: Revista do Nipecs. 3-4: 47-58.



Cidadania e formas de responsabilização do Poder Público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde

Amélia Cohn¹

Introdução

Não é novidade para ninguém que hoje o principal desafio do Brasil consiste na construção de uma sociedade democrática numa realidade social de brutais desigualdades das condições de vida da população. Também não é novidade, embora não tão evidente quanto no caso anterior, que ao contrário das condições históricas nas quais se deu o nosso processo de desenvolvimento e industrialização quando então o que prevalecia era uma dinâmica de incorporação acelerada dos contingentes humanos nas sociedades, que hoje essas condições são bastante adversas. Não só o processo de desenvolvimento brasileiro vem provocando uma aguda desestruturação de nosso setor produtivo, dadas as limitações impostas pela política atual de inserção de nossa economia na nova dinâmica global, como os poucos ensaios de crescimento da economia brasileira, em consequência exatamente da política econômica que vem sendo adotada, não vêm permitindo reverter o processo em curso de crescente exclusão de largos contingentes de nossa sociedade.

Por outro lado, é também uma característica das sociedades contemporâneas o fato de a inserção dos indivíduos no mercado de trabalho não constituir mais o pilar central sobre o qual repousa a identidade social dos cidadãos, e em consequência o referencial a partir do qual não só as sociedades, por intermédio do Estado, regulam o padrão de relação entre eles, como entre eles e as instâncias de poder. Assim, ao contrário do que

¹ Depto de Medicina Preventiva FMUSP/pesquisadora do CÉDCC



ocorria até bem recentemente, atualmente a questão da construção e afirmação da cidadania dos indivíduos cada vez mais oscila entre dois extremos, a depender da situação socioeconômica de cada um: numa ponta, a total dissociação entre nível de renda e acesso a direitos sociais e no outro extremo a total e direta associação entre ambos.

Isso se traduz, nos dias de hoje, exatamente no que vem sendo chamado de "sistema dual de proteção social" denominando uma dupla rede de sistemas de proteção social, e que se caracteriza por ser composto por dois subsistemas: um de caráter contributivo, e outro de caráter não-contributivo, financiado com recursos orçamentários, e dirigido para aqueles que, por não possuírem recursos para acessarem o anterior, transformam-se em dependentes da provisão dos serviços pelo Estado. Acompanhando nossa tradição histórica no que diz respeito às políticas sociais, essas transformações da atualidade vêm-se traduzindo exatamente na conformação, hoje, de um aparato de políticas sociais – a saúde aí incluída – voltado para aqueles que têm poder de consumo, e outro para aqueles que ao não terem acesso aos serviços de atendimento às necessidades sociais básicas pelo mercado, tornam-se dependentes das políticas estatais, fundamentalmente dirigidas para os segmentos mais pobres da população.

No entanto, a existência dessa dupla rede de proteção social, por si só, não constituiria um fato de maior gravidade não fosse a presença de pelo menos dois fatores básicos presentes em nossa realidade atual, em especial na última década: a) a não superação de uma característica histórica de nossa política estatal, e que consiste na antinomia entre as políticas econômicas e as políticas sociais; e b) as brutais desigualdades sociais, produtos sobretudo da concentração da renda, e que se traduzem no fato de a proporção de brasileiros pobres estar praticamente estabilizada nos últimos anos num patamar de 34%, correspondendo portanto a pouco mais de 1/3 de nossa população.

Esses fatores, dentre outros, mas sobretudo esses, criam um ambiente desfavorável à construção da cidadania como



princípio básico da constituição de uma nova ordem social no País, baseada em preceitos verdadeiramente democráticos. Apesar disso, a experiência da tortuosa implantação do SUS nesse período vem demonstrando significativos avanços nesse sentido. No entanto, não basta pousar sobre os louros dessas conquistas, sendo mesmo contraproducente assim proceder, mas sim analisá-los criticamente para que se possa de forma democrática e concertada avançar no processo de democratização da saúde, tendo como referência exatamente o processo mais amplo de democratização de nossa sociedade. É dessa perspectiva, portanto, que serão apresentadas as considerações que seguem.

Participação e controle social: afinal, do que se trata?

De início chama a atenção o fato de a participação da sociedade prevista na legislação do SUS vir sendo designada de várias formas, dentre as quais vem predominando a utilização do termo "controle social", em que pese o fato de na própria Carta Constitucional de 1988, no inciso III do art. 198, ela ser referida como "participação da comunidade". Em ambos os casos, no entanto, as implicações da sua utilização não respondem exatamente às aspirações presentes no conjunto de idéias que deu origem à proposta dessa nova ordem na saúde representada pelo SUS. Senão vejamos.

O conceito de "controle social" diz respeito ao conjunto dos recursos materiais e simbólicos de uma sociedade para assegurar exatamente a conformidade do comportamento de seus membros a um conjunto de regras e princípios prescritos e aprovados pela própria sociedade. No senso comum, isso se traduz exatamente como o controle que a sociedade exerce sobre os indivíduos que a ela pertencem, compreendendo portanto uma série de mecanismos de sanções que servem de padrão para a conformidade do comportamento de cada um vivendo naquela sociedade. Nesse sentido, o conceito traz consigo exatamente a idéia de "fiscalização" e "punição" dos indivíduos quando não se comportam segundo as normas vigentes prescritas e sancionadas.



No que diz respeito à “participação da comunidade”, a atenção aqui recai sobre o termo “comunidade”. Comunidade pressupõe exatamente o oposto de nossa sociedade atual, altamente segmentada e mesmo fragmentada, para não dizer cindida entre excluídos e incluídos. O que se costuma designar por “comunidade” é exatamente um conglomerado de indivíduos que estão reciprocamente vinculados de forma organizada e por sua vontade própria, e que se reconhecem e se aceitam de forma positiva como membros pertencentes àquele grupo. Assim, em que pesem diferenças individuais entre si, o que prevalece nesses casos é que as relações entre os indivíduos são essencialmente regidas pelo reconhecimento da existência de interesses efetivamente comuns, predominando entre eles as relações interpessoais, e funcionando quase como unidades estritamente fechadas. O que se enfatiza, portanto, na comunidade, é exatamente a presença de uma identidade de grupo bem demarcada de um determinado agrupamento social, e que portanto se caracteriza por uma forte homogeneidade dos seus componentes.



No entanto, é freqüente também a utilização da expressão “participação social”. E sempre quando se fala em participação social, remete-se para a questão da “participação da sociedade”. E, diferentemente do caso da comunidade, a “sociedade” caracteriza-se exatamente por os indivíduos não estarem essencialmente vinculados entre si, mas sim essencialmente divididos entre si, constituindo portanto o “conflito” e a heterogeneidade de vínculos entre os indivíduos um dos seus traços mais marcantes e mais fundos. Tão mais marcantes e fundos quanto mais os indivíduos de uma determinada sociedade se apresentarem em situações distintas e altamente desiguais no mercado – seja ele de trabalho ou de consumo, como aliás é o caso brasileiro.

Assim, quando se fala em participação da comunidade e participação da sociedade, estão em jogo situações totalmente distintas: o primeiro caso coloca ênfase exatamente na homogeneidade da situação em que os indivíduos se encontram, enquanto o segundo enfatiza o oposto, isto é, a hetero-



gencidade da situação desses indivíduos, o que remete de imediato à questão da representação dos distintos interesses aí prevaletentes nas devidas instâncias políticas e institucionais de participação "social".

Como se verá, adiante, essas observações aparentemente tão teóricas e conceituais, longe de serem filigranas, serão fundamentais quando da discussão da questão da "cidadania e formas de responsabilização do Poder Público e do setor privado" na área da saúde.

Os canais institucionais de participação social na saúde

As leis que regulamentaram os preceitos constitucionais de 1988 instituíram, no que diz respeito aos canais de participação da sociedade nos destinos da saúde, os Conselhos de Saúde previstos para todas as esferas de Governo – do nacional ao local. Nestes casos, sua composição é paritária, e seu poder é deliberativo. Portanto, caberia "em tese" aos Conselhos de Saúde a deliberação, no sentido forte do termo, sobre a definição das políticas de saúde a serem implementadas, bem como o monitoramento de sua implementação, isto é, o exercício do que vem sendo denominado de "controle social". Paralelamente, instituíram-se também as Comissões Tri e Bipartites de Saúde, igualmente de caráter deliberativo, mas neste caso envolvendo somente a representação dos três níveis de Governo (Federal, Estadual e Municipal) ou no caso das bipartites, somente os níveis de Governo Estadual e municipal. Mais do que isso, tornou-se exigência para o repasse vertical dos recursos entre as esferas de Governo a existência dos Conselhos de Saúde, bem como dos Fundos de Saúde (também previstos para cada esfera do Governo).

No entanto, são os Conselhos de Saúde enquanto órgãos colegiados a instância por excelência de participação da sociedade na definição das diretrizes políticas a serem implementadas no setor. E quanto à sua composição no que diz respeito aos representantes da sociedade, obviamente observa-se um leque maior da sua variação quanto mais abrangente



a esfera de Governo à qual pertence, e quanto maior e mais diversificado (e rico) o Estado ou o Município ao qual pertence. Diante disso, a partir do raciocínio que a diversidade da realidade abrangida pelo Conselho corresponderia linearmente à complexidade da realidade por ele abrangida, e portanto o leque da diversidade dos representantes da sociedade sendo maior, poder-se-ia de imediato concluir que quanto menor e mais pobre o Município ou o Estado, maior seria a probabilidade de essa instância assumir traços clientelistas, ou se atrelar de forma mais estreita ao Governo local. No entanto, desde já é necessário que se esclareça que o clientelismo é um traço de nossa cultura política que está presente de norte a sul do País, inclusive passando pela sua área central. Em segundo lugar, embora o clientelismo possa favorecer o maior atrelamento dos Conselhos aos Governos (leia-se, ao executivo), talvez a maior questão não resida aí, mas no próprio arcabouço institucional do SUS e na própria dinâmica da nossa sociedade.



No que diz respeito ao "arcabouço institucional do SUS", num organograma das instituições deliberativas na saúde, os Conselhos situam-se como instâncias paralelas "na cabeça" do sistema em cada esfera de Governo: Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde; Conselho Estadual de Saúde e Secretaria Estadual da Saúde; Conselho Municipal de Saúde e Secretaria Municipal da Saúde. Dessa forma, nessa organização tal como está desenhada, registra-se uma duplicidade do poder decisório no nível máximo de cada esfera de Governo no que diz respeito às decisões, sobretudo aquelas intra-setoriais. Esta duplicidade vem-se traduzindo nas experiências concretas, no mais vezes, onde o Chefe do Executivo – ministro ou secretários – responde pela responsabilidade das ações da área da saúde, e não somente pela sua execução, sendo que as deliberações, em princípio, estariam localizadas nos Conselhos, não responsáveis pela sua execução, mas pelo seu monitoramento posterior.

Essa situação de "duplo comando" não poucas vezes vem criando tensões e confusões entre ambas as instâncias – o



Executivo e o Conselho. E as fontes dessas tensões podem ter origem em vários fatores, como por exemplo: quer porque o Conselho toma decisões baseadas nas necessidades sentidas pelos usuários e vários segmentos da população que nele têm assento e que conflitam com as necessidades diagnosticadas pelo Executivo por meio da utilização de instrumentais técnico-científicos; quer porque o Conselho toma decisões inviáveis de serem implementadas pelo Executivo por distintos motivos (políticos ou financeiros); quer porque o Executivo tem suas prioridades e seu campo de atuação definidos por outras áreas que do próprio Executivo, mas não do âmbito da saúde; ou ainda, reformas e inovações da administração do nível Executivo da área da saúde no que diz respeito à regulação, e que obedecem a uma lógica e a uma racionalidade que necessariamente não facilitam o exercício do controle pelo Conselho das políticas formuladas e implementadas pelo próprio Conselho, por criarem ou multiplicarem fragmentações entre as distintas áreas de atuação no interior do próprio âmbito da saúde.



No que diz respeito "às características e dinâmicas de nossa sociedade", em primeiro lugar destaca-se a sua enorme fragmentação com pelo menos dois impactos imediatos: a ênfase na representação de interesses particulares, no sentido de específicos, dos distintos grupos que conquistam lugar nesses colegiados em detrimento de uma participação que esteja voltada para o interesse geral e o bem comum; em segundo lugar, o fato de que a conquista da presença nesses colegiados por parte dos distintos grupos e segmentos sociais vem apresentando uma correlação direta com sua capacidade de organização, e portanto de fazer valer e defender seus interesses. No primeiro caso, o que se verifica é a presença nesses órgãos colegiados de uma fragmentação de interesses advindos da sociedade, fruto da própria fragmentação desta; no reverso da medalha, a expectativa por parte dos demais atores sociais e políticos de que "a população" seja a portadora dos interesses da coletividade, isto é, dos interesses gerais da sociedade. Quanto ao segundo caso, o que se verifica é que na nossa sociedade tão desigual, a questão da práti-



ca corporativa – aqui entendida como a defesa de interesses particulares de grupos específicos – é não só uma tradição como ela historicamente já comprovou que o seu principal alcance é exatamente a defesa dos interesses dos setores organizados da sociedade. Mas no atual contexto, e isso não se restringe à área da saúde, o grande desafio que se apresenta é exatamente o de se fazer representar nas instâncias políticas, sobretudo deliberativas, o que no nosso caso se traduz no fato de vir prevalecendo de forma quase absoluta o Executivo, os interesses dos setores desorganizados da sociedade.

Isso, por sua vez, remete a duas outras dimensões sociais que se desdobram a partir daí e que estão no centro do desafio da conquista do acesso, da equidade, da qualidade e da humanização do atendimento à saúde. A primeira delas diz respeito “à participação social e cidadania”; e a segunda diz respeito à relação entre “as lideranças e suas bases sociais”. Na primeira dessas dimensões, o que está em jogo é exatamente a capacidade de a participação dos distintos segmentos sociais, com seus interesses específicos, assumir uma qualidade que permita que superem a condição de ao mesmo tempo que demandantes do Estado enquanto cidadãos meros usuários (consumidores) dos serviços públicos, o que aliás vem sendo reforçado até por expressões utilizadas por especialistas da área (políticos, administradores, pesquisadores) como a de “população SUS-dependente”. Esta expressão acaba por traduzir exatamente um traço histórico de nossa concepção de cidadania: a cidadania como privilégio “para os que podem”, “os privilegiados”, vale dizer para aqueles que têm acesso ao mercado, e a dependência dos serviços estatais e filantrópicos para “os pobres”, dependentes do Estado.

Mas a cidadania não se reduz simplesmente ao acesso dos indivíduos à satisfação de determinadas necessidades sociais básicas. A construção da cidadania implica o acesso e a participação na definição da agenda pública dos distintos sujeitos sociais, que a partir dessa prática constroem sua identidade e conquistam sua autonomia, resultando na sua



“capacidade de escolha” frente a distintas alternativas diante de situações dadas. E aí, uma vez mais, esse desafio é confrontado com a forte marca e herança do traço normativo presente na saúde; tanto assim que é comum a utilização do termo “aderência” da população a determinados programas de saúde no lugar da utilização do termo “adesão”, que enfatiza exatamente a decisão dos sujeitos sociais frente a um determinado tipo de ação estatal, por exemplo. Assim, o que está em jogo aqui é não só a capacidade de escolha, de forma autônoma, de determinadas diretrizes frente a outras que se apresentam, mas também a forma pela qual os serviços são prestados. Com isso o que se quer é chamar a atenção para o fato de que os espaços de participação social, tais como os Conselhos, recobrem somente uma fração de um leque extremamente diversificado de possibilidades de participação social, dentre elas as unidades de prestação dos serviços, que assumem lugar de igual importância na construção da cidadania. E se este é um dos aspectos centrais da humanização do atendimento – direito à informação, direito a ser civilizadamente tratado pelos profissionais da saúde, dentre tantos outros, os Conselhos Gestores nas unidades de serviços ganham igual ou maior relevância que a existência dos Conselhos em cada esfera de Governo. Isso porque é no cotidiano da relação dos sujeitos sociais com os serviços – e portanto as instituições – públicos que se dá o aprendizado da cidadania. Dessa forma, talvez a maior revolução no sentido da conquista da equidade, qualidade e humanização do atendimento resida exatamente na mudança radical da relação usuário/instituição prestadora dos serviços de saúde.

Quanto à outra dimensão – “a relação das lideranças com as suas bases sociais” – ela apresenta pelo menos dois aspectos que precisam ser destacados. O primeiro deles diz respeito ao fato de os distintos segmentos organizados da sociedade, sobretudo os movimentos sociais, dentre eles os movimentos populares de saúde, virem demonstrando não só resistências internas para a formação de novas lideranças, como por a saúde até o momento ter se revelado capaz de motivar sua organização, mas não de manter sua mobilização



por períodos extremamente longos. Além disso, verifica-se hoje a dificuldade cada vez maior de organização desses segmentos – sobretudo os segmentos populares – em torno da questão da saúde diante da deterioração da qualidade de vida e trabalho da população mais pobre de nossa sociedade, e que cada vez mais se vê relegada à situação de "excluídos". O segundo aspecto diz respeito ao fato de a legitimidade das lideranças com relação aos seus liderados estar estreitamente vinculada à capacidade de elas conquistarem o atendimento das demandas que são portadoras. E aqui esbarra-se com a baixa capacidade de resposta do Estado, o que no geral tende a fragilizar o próprio papel das lideranças políticas nas instâncias colegiadas de participação. Acresce-se a isso ainda o fato de existir uma forte correspondência entre maior resistência dos movimentos populares à participação nessas instâncias quanto menor for o seu grau de organização, numa consciência clara do alto risco potencial que essa situação representa no sentido de serem cooptadas pelo(s) Governo(s).

52

Canais de participação e responsabilização do Poder Público e do setor privado

Outro dos maiores avanços do período recente consiste no fato de ter-se abandonado a concepção até há pouco prevalente no campo da saúde que confundia o público com o estatal, tornando-os sinônimos. A complexidade da organização dos serviços de saúde no País associada à enorme heterogeneidade e desigualdade de sua distribuição, e acrescida ainda da enorme demanda não atendida (para não mencionar a demanda reprimida) torna essa concepção não só defasada como estéril. No entanto, se o público hoje não pode mais estar restrito ao estatal, desloca-se a questão para a natureza pública da oferta de serviços de saúde frente às características próprias do setor privado da saúde.

Retoma-se, neste ponto, a característica no início apontada do traço dual do nosso sistema de proteção social. O que é o foco das atenções aqui, portanto, não é o subsistema de saúde voltado para aqueles que têm acesso ao mercado, mas



fundamentalmente o subsistema público de saúde que, para que seja efetivamente público, não pode estar voltado e restrito às camadas mais pobres da população. Nem muito menos estar segmentado, restringindo-se como responsabilidade do Poder Público a garantia da universalidade do acesso a um nível básico de atenção à saúde. Em conseqüência, ao Poder Público cabe a responsabilidade de ser o provedor da garantia à atenção à saúde de todos os cidadãos, independentemente de sua condição no mercado, sendo os serviços de saúde necessários para satisfazer à demanda produzida exclusivamente ou não por ele. E caso não seja ele o único produtor dos serviços, o de regular de tal forma os prestadores privados vinculados ao SUS para que sua atuação enquanto tal se dê sob os princípios do bem público.

Assim, um primeiro aspecto da relação entre participação cidadã e responsabilização do Poder Público e do setor privado diz respeito à capacidade de regulação do primeiro sobre o segundo; mas mais que isso, diz respeito em primeiro lugar que o próprio Poder Público efetivamente seja exercido como tal, isto é, voltado para o interesse público, e portanto para o interesse de todos. Neste aspecto a existência dos Conselhos de Saúde efetivamente traz consigo um forte poder potencial de dirigir as políticas de saúde para essa orientação. No entanto, é bom alertar para o fato de que embora não se disponha de numerosos estudos a respeito do efetivo funcionamento e da dinâmica dos Conselhos de Saúde, os existentes apontam para dois fatos inquietantes: não só eles não vêm se constituindo como efetivos espaços de tomada de decisão, como vêm apresentando uma tendência crescente a se burocratizarem.

Mas se isso pode encontrar explicação na própria fragmentação da nossa sociedade, e portanto na fragmentação dos interesses nela presentes por meio dos representantes que aí têm assento, também encontra explicação na própria dinâmica da nossa cultura política, em alguns casos aqui respaldada pelo próprio arcabouço institucional do SUS. De fato, o que se verifica, por exemplo, é de um lado uma enorme concen-



tração de poder na figura daqueles que ocupam os postos centrais do Executivo responsável pelo setor da saúde, no geral acumulando esses cargos com o de responsável pelos fundos de saúde. De outro lado, as várias experiências de gestão local da saúde vêm demonstrando a importância do Poder Executivo na formulação e implementação das inovações das políticas e programas de saúde, aí incluída com lugar de destaque a participação da sociedade. Daí talvez porque no geral se atribua tanto peso à "vontade política" dos governantes para a democratização da gestão da saúde. No entanto, como se viu, Conselhos e Chefe do Executivo no setor da saúde coexistem com responsabilidades coincidentes, embora caiba a quem ocupa o posto de Secretário a responsabilidade das conseqüências das ações de sua pasta, mas é bem verdade que também o controle sobre os recursos financeiros. É no geral, as expectativas e demandas não são coincidentes, mas freqüentemente antagônicas.

54

Por outro lado, a própria lógica atual a que estão submetidas as políticas sociais, e que resulta naquela configuração de um sistema dual de proteção social no País, e que tem sua tradução na saúde, imprime limites precisos e estreitos à participação social nesses canais institucionais. Esses limites estão representados pelo fato de não ser da alçada dessas instâncias a deliberação sobre os problemas e as políticas de abrangência macroestrutural, e que determinam o próprio campo de atuação da saúde. Assim, não só o Executivo exerce de fato um poder sobre os Conselhos, como o próprio poder destes vê-se limitado ao campo estrito da sua área de competência, isto é, a saúde. E com isto reforça-se, uma vez mais, a tendência de nestas instâncias serem discutidas questões do cotidiano da administração, que se bem não sejam de menor importância, não podem nem devem substituir as questões que dizem respeito à formulação das diretrizes políticas para a saúde. Mas no geral o que tem-se verificado é que quem compõe a agenda das reuniões é o próprio responsável pelo setor, isto é, são com raras exceções os próprios Secretários de Saúde, ou alguém da administração de sua confiança.



Diante desse quadro, não se pode deixar de lado a importância do Legislativo, em que pese nossa tradição de "um Executivo forte e empreendedor e um Legislativo fraco" como defendia um nosso estadista na década de 30. Cabe ao Poder Legislativo, por intermédio dos partidos políticos, exatamente a tarefa de canalização e representação dos interesses de amplos setores da sociedade, e sua tradução em leis que respondam ao interesse geral. E talvez seja exatamente por esse meio que se consiga construir um caminho por "uma terceira via" que inclua o setor privado na responsabilização pela atenção à saúde de nossa população e que efetivamente represente um novo contrato social com bases em um novo padrão de solidariedade social.

Nesse sentido uma das maiores conquistas que vimos assistindo nesses últimos anos nessa tortuosa trajetória de implementação do SUS reside no fato de várias experiências locais virem demonstrando não serem incompatíveis a democracia representativa com a democracia direta. E talvez aí resida um dos maiores potenciais para que se construa não só a saúde como um direito dos cidadãos, como para que se construam efetivamente mecanismos eficazes de controle "público" na gestão da saúde e no governo da sociedade. O que a nossa experiência recente vem demonstrando, com todos os avanços e retrocessos, alguns aqui apontados, é que o maior constrangimento para que se conquistem reais avanços na democratização da saúde reside exatamente no fato de a nossa ordem política democrática estar confrontada com uma ordem social profundamente desigual.

É exatamente na questão da desigualdade social que não se está conseguindo fazer avanços reais. Embora a extensão da cobertura e a universalização do acesso a serviços de saúde de nível primário venham se expandindo de forma significativa nos últimos anos com o PACS, o PSF e o PAB, a cidadania não se restringe ao acesso à satisfação das necessidades sociais básicas.



Acesso, qualidade e humanização em saúde: responsabilidades do Legislativo e Judiciário

Sueli Gandolfi Dallari ¹

Estado Democrático de Direito; Separação de poderes e SUS; Princípios constitucionais; Responsabilidade pública e advocacia em saúde; A experiência: vantagens e dificuldades; Recomendações.

1. Conhecer a delimitação das responsabilidades dos Poderes Legislativo e Judiciário na garantia de acesso a serviços de saúde de boa qualidade e humanizados exige a compreensão atual dessas instituições. Para que se possa alcançar, então, tal objetivo, é necessário lembrar que o desenvolvimento da doutrina da separação de poderes é contemporâneo da afirmação da Constituição como o mais importante documento político de um povo, da formulação da doutrina do Estado de Direito e da idéia moderna de democracia. Isso implica creditar às revoluções burguesas do século XVIII a transformação de tais idéias em instituições políticas. Apenas assim se pode entender porque o ensinamento da experiência – mostrando que a especialização no exercício de qualquer função implica mais eficiência ² – foi associado à interdição formal de que "aquele que faz as leis as execute" ³ e erigido em verdadeiro dogma ⁴. É, igualmente, a origem revolucionária que permite compreender o grande valor que

¹ I Coordenadora Científica, Núcleo de Pesquisas em Direito Sanitário da Universidade de São Paulo;
Livre-Docente em Direito Sanitário, Universidade de São Paulo;
Professora Titular, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

² É a conclusão de Aristóteles em *A política*, Livro III, cap. XI; John Locke, no *Segundo tratado sobre o governo*, XII, XIII e XIV; e Montesquieu, no espírito das leis, VI, entre outros.

³ Cf. Rousseau, J. J. *O contrato social*, livro terceiro, cap. IV

⁴ A Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, da revolução francesa de 1789, afirmava, no artigo 16: "Toda sociedade na qual a garantia de direitos não está assegurada, nem a separação dos poderes determinada, não tem Constituição"



foi dado à forma – muitas vezes em prejuízo do próprio conteúdo – na elaboração da doutrina do Estado de Direito. Com efeito, aos líderes revolucionários bastava que se declarassem extintos os privilégios e instituída a igualdade perante a lei para que a burguesia vencedora fosse realmente livre. Isso porque os obstáculos até então postos ao exercício da liberdade burguesa decorriam dos privilégios outorgados à aristocracia e da insegurança dos direitos que tinham como única fonte a vontade do soberano (por isso mesmo, dito absoluto) e não da falta de recursos materiais para tal exercício.

Instaurada a democracia liberal burguesa verificou-se – durante o século XIX, no mundo ocidental – que apenas a garantia de igualdade formal (perante a lei), característica do Estado de Direito, não atendia ao anseio de liberdade real de todos aqueles que haviam sido excluídos do processo de elaboração legislativa. De fato, já a primeira constituição francesa, ao estabelecer quem pode participar da feitura da lei, tanto compondo o Parlamento como elegendo representantes para compor o Parlamento, excluiu inicialmente todas as mulheres e em seguida os homens que não possuísem patrimônio ou renda superior a determinado valor⁵. Desenvolve-se, então, novo período revolucionário, pois ficava claro que os assalariados da indústria nascente, por exemplo, embora formalmente iguais aos proprietários, perante a lei, não possuíam as mesmas condições materiais de exercício do direito à liberdade que seus patrões. Assim, as revoluções operárias do final do século XIX e começo do século XX introduzem o adjetivo social para qualificar o Estado de Direito. Buscava-se corrigir a deformação do processo legislativo e, conseqüentemente, da idéia moderna de democracia, causada pelo predomínio da forma. É importante notar que esses revolucionários continuaram a valorizar a igualdade formal como uma conquista fundamental, que deveria, entretanto, ser acrescida das possibilidades de sua efetiva realização. Tratava-se, portanto, de reconhecer a existência de desigual-

⁵ Cf. *La Constitution de 1791, Chapitre premier, Section II, Art.2 & Section III, Art.3*



dades materiais que inviabilizavam o gozo dos direitos liberais e de responsabilizar o Estado pelo oferecimento – inicialmente aos trabalhadores e, em seguida, a todos aqueles que necessitarem – daquelas condições que permitissem a igualdade real, de oportunidades. Caracterizam as conquistas desse período, a adoção do sufrágio universal⁶ (garantindo a todos o direito de participar no processo de elaboração das leis, por meio da eleição de representantes), a inclusão de um capítulo nas Constituições garantindo direitos trabalhistas⁷ e a implementação do chamado "Estado do Bem-Estar Social", que presta serviços públicos para garantir direitos⁸, entre outras.

A experiência do Estado Social de Direito revelou, contudo, que ampliar a participação no processo legislativo, de modo a garantir que todos tomem parte na feitura da lei, não assegurou a justiça social nem a autêntica participação do povo no processo político⁹. Verificou-se que a exigência de formalidade combinada com a grande ampliação das esferas de atuação do Estado, atingindo quase todos os setores da vida social, colocou em risco a democracia. Já não era apenas a lei – fruto da atividade dos Parlamentos – que regulava a vida social, mas, cada vez mais essa função era realizada por atos normativos emanados pelo Poder Executivo. Observou-se, sobretudo, que a forma da lei afastou-a de seu conteúdo ético. A lei passou a atender a interesses de grupos, a partes da sociedade e não mais ao interesse público. Assim, o papel que os fundadores dos Estados Unidos da América reservaram para o Poder Judiciário (na determinação final da teoria da separação dos poderes) de controlar a obediência à lei, que representava a vontade geral, tornou-se impossível de ser cumprido: ora exigia-se a estrita observância da legalidade



⁶ Introduzido na Constituição francesa de 1793, não foi praticado com menos restrições até 1919, na Inglaterra e 1920, nos Estados Unidos da América, com a admissão do voto feminino.

⁷ Introduzido, pela primeira vez, na Constituição do México de 1917. Entretanto, com maior repercussão doutrinária – porque buscou efetividade – assinala-se o Livro II da Constituição de Weimar (Constituição alemã de 11 de agosto de 1919) dedicado aos "Direitos e deveres do cidadão alemão".

⁸ A expressão foi forjada na Inglaterra no ano 40.

⁹ Cf. José Afonso da Silva. *Curso de direito constitucional positivo*. São Paulo, Revista dos Tribunais, 1989, p. 105



em casos onde a lei não mais abrigava a idéia de justiça, ora deixava-se enredar pelos vários documentos normativos que expressavam interesses particulares, tornando aleatória a obediência ao princípio da legalidade. A lembrança da Alemanha nazista ou da Itália fascista é suficiente para evidenciar que sem a "efetiva incorporação de todo o povo nos mecanismos de controle das decisões e a real participação de todos nos rendimentos da produção"¹⁰ não se pode adequar a idéia de democracia aos tempos de hoje. Desse modo, o conceito de Estado Democrático de Direito reconhece, respeita e incorpora as conquistas representadas pelo Estado de Direito e pelo Estado Social de Direito, mas, soma à igual possibilidade de participação na elaboração das normas gerais que devem reger a organização social, o controle de sua aplicação aos casos particulares.

2. Como visto, a idéia de especializar os braços do Governo para o exercício de certas funções é muito antiga na história da humanidade. Entretanto, é indispensável compreender o projeto instaurado no Ocidente, por volta de 1800, para que se possa responsabilizar adequadamente os Poderes Legislativo e Judiciário pela garantia do acesso universal a serviços de saúde de boa qualidade e humanizados.

Sem qualquer dúvida, o liberalismo, em sua face política, muito valorizou a lei. Estabelecido que é o povo quem deve ser o soberano, estavam todos convencidos de que "o governo das leis é superior ao governo dos homens", uma vez que as leis deveriam derivar da vontade geral do povo. Hoje, é difícil compreender o verdadeiro culto à lei, que se praticava. Apenas para ilustrar, é conveniente lembrar que na Grécia antiga (século IV a.C.) havia uma ação nominada (graphê paranomon) para punir aquele que tivesse proposto uma lei à Assembléia, que aprovada e implementada se revelasse nociva aos interesses da cidade¹¹. Assim, a forma ideal de

¹⁰ *Idem, Ibidem.*

¹¹ *Ver Ferreira filho, M. G. Do processo legislativo. São Paulo, Ed. do autor, 1968. pág.23*



oposição ao governo monárquico e absoluto era o estabelecimento da democracia, onde a vontade do povo estaria representada na lei. E como só é lei aquilo que interessa verdadeiramente à organização social e que é definido pelo povo, encontrando-se um mecanismo que impeça a instauração de qualquer outra ordem que não a legal, se estará resolvendo o desafio formulado por Rousseau, ao iniciar o Contrato Social: "encontrar uma forma de associação que defenda e proteja a pessoa e os bens de cada associado com toda a força comum, e pela qual cada um, unindo-se a todos, só obedece contudo a si mesmo, permanecendo assim tão livre quanto antes"¹².

Já se observou que a conclusão acima encontrada transmutou-se no princípio da legalidade, característico da teoria da separação de poderes e fundamental ao Estado de Direito e às suas formas evolutivas. Entretanto, já se verificou, igualmente, que a implementação do liberalismo político implicou a separação entre a forma e o conteúdo da lei. Passou a ser perfeitamente possível encontrar leis que resultaram da obediência a todos os trâmites formais do processo destinado à feitura das leis e que não atendem, contudo, às exigências da vontade geral (ou do interesse público, em linguagem contemporânea). O Estado Democrático de Direito, todavia, permanece fundado no respeito ao princípio da legalidade. Prova essa afirmação o mandamento da Constituição do Brasil, de 1988 – Estado Democrático de Direito (C.F. art. 1º) – que limita a atuação da capacidade normativa do Chefe do Poder Executivo à expedição de decretos e regulamentos para a fiel execução da lei (C.F. art. 84, IV). É com base na predominância da lei para a gestão do Estado que os grupos sociais, os partidos políticos, as associações de indivíduos buscam dar às suas reivindicações expressão legal ou, mesmo, constitucional. Isso porque a Constituição também foi se adaptando ao desenvolvimento político-doutrinário, passando do mais importante documento

¹² Cf. Rousseau, J.J. *Ob. cit.* Livro primeiro, cap. VI



político (no fim do século XVIII) à lei com maior eficácia (no fim do século XX) .

Um rápido exame do panorama constitucional e legal que abriga as ações e os serviços de saúde no Brasil revela que os movimentos e grupos sociais e os partidos políticos interessados no tema vêm usando com muita propriedade o espaço legislativo. Inicialmente, em relação a toda e qualquer ação ou serviço de saúde – seja público ou privado – ficou estabelecida na Lei Maior a obrigação de o Poder Público os regular, fiscalizar e controlar, devendo ele – Poder Público – orientar sua atuação no sentido de reduzir o risco de doenças e, também, de garantir a todos, em igualdade de condições, o acesso a tais ações e serviços para a promoção, proteção ou recuperação da saúde (C.F. arts. 196 e 197). Em seguida, obedecendo a mandamento constitucional, o Poder Público regulou – por meio de leis nacionais – as ações e os serviços públicos ou assemelhados destinados a promover, proteger ou recuperar a saúde (Lei Orgânica da Saúde – Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90); regulou, também, os planos e seguros privados de assistência à saúde (Lei Federal nº 9.656/98); e regulou, igualmente, o sistema nacional, de vigilância sanitária, destinado a eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde (lei federal no. 9782/99). É conveniente lembrar que o fato de a Constituição ser a lei dotada de maior eficácia obrigou e obriga o legislador nacional quando da elaboração dessas leis, a orientar a atuação do Estado no sentido de reduzir o risco de doenças e, também, de garantir a todos, em igualdade de condições, o acesso às ações e serviços para a promoção, proteção ou recuperação da saúde, conforme o caso.

A engenhosidade do racionalismo do final do século XVIII permitiu a brilhante construção de um mecanismo para a implantação do sistema de separação de poderes que atingiu o

13 A partir da obra fundamental de Hans Kelsen, Teoria pura do direito, publicada em 1934, desenvolve-se essa corrente política e doutrinária, que encontra atualmente entre seus mais representativos adeptos o constitucionalista português José Joaquim Gomes Canotilho (Constituição dirigente e vinculação do legislador, Coimbra, Coimbra Editores, 1982) e, no Brasil, Dalmo de Abreu Dallari (Constituição e constituinte, 2a. ed. São Paulo, Saraiva, 1984)



limiar do XXI e um. O climax de tal definição encontra-se na Assembléia de Filadélfia que redigiu a Constituição dos Estados Unidos da América, em 1787. Com efeito – considerando que o Estado deveria ser o menor possível, atuando na vida social apenas para manter a ordem interna e internacional, a moralidade e a saúde pública¹⁴ – parecia evidente a existência de diferenças essenciais entre a função de estabelecer as regras gerais de convivência e a função de atuar essas normas para garantir a ordem interna e internacional, a moralidade e a saúde pública. Era, portanto, fácil caracterizar a função legislativa e instituir um órgão encarregado de realizá-la. Igual facilidade se encontrava na caracterização da função executiva e na definição do órgão para sua atuação. Maior dificuldade foi encontrada na distinção da função judicial. Apesar do conselho de Maquiavel ao príncipe de Florença – dado em 1512 – para que ele estabelecesse um órgão independente do rei para interferir nas disputas e, assim, pudesse proteger os mais fracos vítimas dos poderosos sem precisar enfrentar o desagrado dos que não tivessem suas razões acolhidas¹⁵, Montesquieu (em 1748) ainda não consegue distinguir a função executiva daquela de "punir os crimes ou julgar as querelas dos indivíduos¹⁶". Restou, então, para o constituinte estadunidense a oportunidade de definir a função judicial e instituir o órgão encarregado de executá-la. Tratava-se do poder judiciário exercido sobre todos os casos de ofensa a leis e tratados que obedecam à constituição ou à equidade, igualmente abrigada na constituição¹⁷. O mecanismo então criado para garantir a supremacia da lei, fruto da vontade do povo, foi o sistema de freios e contrapesos, que reserva a edição dos atos gerais (normas abstratas que, no momento de serem emitidas, não se sabe a quem irão atingir) ao Legislativo, poder que não dispõe de meios para cometer abusos: os atos especiais (atuações concretas absolutamente limitadas pelos atos gerais) ao Executivo; e se qualquer um deles exorbitar "surge a ação fiscalizadora do poder judiciário, obrigando cada um a per-

¹⁴ Cf. *La Constitution de 1791. Titre premier & chapitre IV, article premier*

¹⁵ Ver *Maquiavel. N. O príncipe. Cap. XIX*

¹⁶ Cf. *Montesquieu, ob.cit. idem. ibdem.*

¹⁷ *Estados Unidos da América. C. F. art III, section 1.*



manecer nos limites de sua respectiva esfera de competências"¹⁸.

A grande engenhosidade do mecanismo, entretanto, facilitou a mitificação do princípio da legalidade. A instauração do Estado Social de Direito, por sua vez, estimulou a proliferação de leis que atendem a interesses particulares e, também, de atos normativos da administração desvinculados de uma lei. Assim, o Judiciário contemporâneo vive uma situação, em certa maneira, esquizofrênica: tendo recebido a função de preservar a supremacia da lei na organização social, ele deve, agora, decidir qual a lei que deve prevalecer, entre as várias que dispõem sobre a mesma matéria de modos diferentes e algumas vezes opostos; ou, em muitas oportunidades, ignorar o dever de estrita observância da legalidade para convalidar ações da administração tendentes à instauração de situação mais justa, não diretamente previstas em lei. É necessário notar, justificando sempre sua opção na perfeita submissão ao princípio da legalidade. A compreensão dessa inadequação do Poder Judiciário tal qual imaginado pelo gênio racionalista às exigências da atualidade, permite explicar a existência de decisões judiciais totalmente discrepantes em casos semelhantes e, igualmente, justificar o comportamento popular descrente da eficácia do recurso a esse Poder para a garantia de direitos.

64

Observado sob a ótica do Poder Judiciário, o Estado Democrático de Direito ainda não alcançou a aplicação generalizada de seus princípios. Com efeito, tem-se verificado a introdução progressiva de mecanismos de participação do povo no processo de feitura da lei e, também, no processo de gestão da coisa pública, buscando-se a justiça social. Entretanto, apenas os reflexos desse aumento de participação chegam ao Judiciário e – em grande parte – respondem pela maior inadequação desse órgão às necessidades contemporâneas. Veja-se, por exemplo, no Brasil, a busca do Judiciário para garantir o direito de controlar a execução

¹⁸ Cf. *Dalmo de Abreu Dallari*, *Elementos de teoria geral do Estado*, 20a. ed. São Paulo, Saraiva, 1999, pág. 220



econômico-financeira da política de saúde – inserido em lei que contou com intensa participação popular em seu processo de feitura (Lei Orgânica da Saúde) – encontrando respostas incongruentes e, algumas vezes, distantes da idéia de justiça que lhe é subjacente.

A reação visando compatibilizar o Poder Judiciário com a exigência de justiça social posta pelo Estado Democrático de Direito tem partido dos próprios juizes. Desde os anos 70 (na Europa) e 90 (no Brasil) do século XX, vêm surgindo associações de magistrados que têm como objetivo "dar ao Judiciário a organização e a postura necessárias para que ele cumpra a função de garantidor de direitos e distribuidor de Justiça"¹⁹. Colaboram nesse intento todos os doutrinadores do direito que reconhecem sua politicidade intrínseca. De fato, todo o direito se inspira numa ideologia, servindo-lhe de ferramenta jurídica e, portanto, sujeitando-se às circunstâncias políticas²⁰. Particularmente, vem sendo bastante eficaz o auxílio trazido pelo chamado "direito das políticas públicas" para a requerida adaptação do Poder Judiciário. Tais doutrinadores reconhecem que o direito do Estado Democrático de Direito – em comparação com o direito das revoluções burguesas do século dezoito – é mais flexível, mais fluido, mais complexo e muito menos previsível e advogam sua submissão ao imperativo da eficiência²¹. Para a realização do direito das políticas públicas é necessário, então, o reconhecimento do papel fundamental que desempenham os princípios jurídicos, pois é a obediência a tais princípios que permitirá o encontro da solução justa para o caso concreto, em meio ao cipoal de leis e atos normativos e materiais da Administração Pública que definem e implementam uma política.

19 Ver Dallari, D. A.. *O poder dos juizes*. São Paulo, Saraiva, 1996, pág. 77 e seg.

20 Ver *Idem*. *Ibidem* e Dromi, R. *El poder judicial*. Tucuman, UNSTA, 1982, pág. 167 e seg.

21 Ver: CANOTILHO, José Joaquim Gomes, *Rever ou romper com a constituição dirigente? Defesa de um constitucionalismo moralmente reflexivo*, in *Cadernos de Direito Constitucional e Ciência Política*, São Paulo, *Revista dos Tribunais*, vol. 15, pp. 7/17, 1996; CHEVALLIER, Jacques, *La dimension symbolique du principe de legalité in Revue Française du Droit Publique et de la Science Politique em France et à l'étranger*, pp. 1651/1677, 1990; e COMPARATO, Fábio Konder, *Ensaio sobre o juízo de constitucionalidade de políticas públicas*, in *Estudos em homenagem a Geraldo Ataliba*, vol 2, org. Celso Antonio Bandeira de Mello, São Paulo, Malheiros, 1997, por exemplo.



3. Inicialmente é imperioso lembrar que a Constituição é um documento político que transforma em lei os objetivos da sociedade, inclusive organizando-a para alcançá-los. Assim, o primeiro critério a ser observado pelo intérprete constitucional é a busca da compreensão dos valores sociais que foram abrigados na Lei Maior. Trata-se, portanto, de examinar seus princípios informadores. A doutrina é pródiga em classificar, hierarquizando, os princípios que se encontram positivados no texto constitucional. Cumpre, todavia, dando consequência ao caráter político das constituições, reconhecer a primordial importância dos princípios que, ainda que não explicitados, conformam o documento, porque refletem os valores que caracterizam uma dada sociedade, derivados de seu contexto político e social²². E entre os positivados se impõe com frequência a solução do conflito que os envolve. Assim, a defesa do meio ambiente pode em algumas situações opor-se frontalmente à manutenção da livre iniciativa – ambos princípios abrigados na vigente Constituição brasileira. Exatamente porque se trata de princípios, a solução do conflito pode considerar a importância atribuída a cada um deles. Não há, portanto, qualquer dúvida sobre a prioridade da análise principiológica quando se pretende a implementação constitucional²³.

Especialmente no que se refere à formulação e implementação de políticas públicas, quando mais se exige do administrador o preenchimento de conceitos jurídicos abertos, é necessário que se tenha clareza na distinção entre os princípios e diretrizes e as regras jurídicas²⁴. Trata-se de viabilizar a aplicação das normas que o povo fixou para a gestão

22 *As bases políticas da lei e, especialmente, o papel dos princípios são discutidos com percusciência na obra já clássica sobre o tema de Ronald Dworkin A matter of principle. Cambridge, Harvard University Press, 1985.*

23 *No Brasil, nos tempos hodiernos, o professor Celso Antônio Bandeira de Mello divulgou entre os administrativistas esta tese, já defendida no Continente por Agustín Gordillo. (in Elementos de direito administrativo, São Paulo, Revista dos Tribunais, 1980)*

24 *Em razão do emprego do mesmo termo para designar diferentes conceitos, é oportuno esclarecer o significado da palavra diretriz, algumas vezes usada como sinônima de princípio. Talvez o mais importante doutrinador no tema seja Ronald Dworkin, que reserva a palavra princípio para o sentido aqui adotado e emprega o termo diretriz para exprimir os padrões que devem ser observados para os objetivos econômicos, políticos ou sociais a serem alcançados.*



da vida social, que têm um único e determinado sentido. E tais regras tanto podem estar contidas em princípios e diretrizes constitucionais, como na norma jurídica positivada. Já se observou que, dada a inexorabilidade da interpretação constitucional realizar-se por inteiro, o primeiro parâmetro para sua compreensão será, sem dúvida, a valoração dos princípios que informam a Constituição. Isto significa que é dado ao aplicador ou ao intérprete da norma escolher entre princípios expressos por termos imprecisos, aquele que é mais importante para a manutenção do sistema, decidindo, então, da legalidade da regra de direito²⁵.

A assunção, pelo texto constitucional, dos resultados que se pretende alcançar com a implementação de políticas permite que se distingam algumas normas que têm o caráter de diretrizes para a atuação e interpretação do Direito. É importante afastar delas qualquer confusão com as chamadas normas programáticas, que têm permitido a alguns caracterizá-las como simples expedientes travestidos de normas, das quais não se espera algum efeito jurídico. As diretrizes constitucionais, que estabelecem obrigação de resultado, vinculam o aplicador ou intérprete, condicionando a legalidade da norma à submissão aos fins nelas declarados. Frequentemente empregando conceitos abertos, especialmente porque devem ser aplicadas a inúmeras situações de difícil determinação prévia, os termos que os expressam, conforme acolhidos na diretriz, exigem a consideração da realidade na qual a norma será efetivada para sua precisão²⁶.

Também a própria norma jurídica contém, em muitos casos, conceitos expressos por termos ambíguos ou imprecisos. Particularmente no que concerne à atividade administrativa de implementação de políticas públicas, dada a vari-

²⁵ Essa conclusão, que pode assustar os tradicionais defensores do positivismo jurídico, é exemplarmente justificada na análise da decisão da Corte de Cassação belga, realizada por Chaïm Perelman, *La lógica jurídica y nueva retórica*. Madrid, Civitas, 1979.

²⁶ Eros Roberto Grau, partindo do estudo da doutrina referente à natureza das normas de planejamento, analisa exaustivamente a literatura sobre o tema, optando por nomear essa espécie legal normas-objetivo. Seu trabalho encontra-se publicado em *Direito, conceitos e normas jurídicas*. São Paulo, Revista dos Tribunais, 1988.



abilidade, no tempo e no espaço, das necessidades coletivas, os conceitos abertos seduzem o legislador, por amoldarem-se à exigência de reação administrativa conveniente e oportuna àquelas necessidades. Torna-se, portanto, imprescindível reconhecer a discricionariedade na função administrativa para poder julgar da legalidade dos atos decorrentes da aplicação de conceitos vagos. A assunção do Estado Democrático de Direito, entretanto, vinculando a justiça à legalidade, permite concluir que a discricionariedade administrativa encontra-se limitada tanto pela lei, como pela idéia de justiça. Assim, o administrador está obrigado a interpretar o conceito adotado pela norma jurídica valorizando os princípios constitucionais, determinando as diretrizes aplicáveis ao caso e buscando na realidade os elementos que lhe permitirão precisar os termos que o exprimem. Somente então a ele poderá ser reconhecida a prerrogativa de decidir, entre duas ou mais soluções, consideradas juridicamente perfeitas, a que melhor atende às necessidades coletivas²⁷.

68

A Lei Maior da República estipulou critérios para que a saúde seja corretamente determinada em seu texto. Assim, vinculou sua realização às políticas sociais e econômicas e ao acesso às ações e serviços destinados, não só, à sua recuperação, mas também à sua promoção e proteção. Em outras palavras, adotou-se o conceito que engloba tanto a ausência de doença quanto o bem-estar, enquanto derivado das políticas públicas que o têm por objetivo, seja apenas a política, seja sua implementação, traduzida na garantia de acesso – universal e igualitário – às ações e serviços com o mesmo objetivo (C. F. art. 196). São princípios constitucionais que dão unidade ao sistema e influem diretamente sobre o conceito de saúde e que – exatamente por exprimirem os valores fundamentais dos constituintes – refletem a ideologia inspiradora da Constituição, a opção pelo "Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais...o bem-estar... a igualdade" (C. F. Preâmbulo). A leitura mais

²⁷ É esclarecedora a análise da doutrina sobre o tema realizada pela Professora Maria Sylvia Zanella Di Pietro, em sua tese *Da discricionariedade administrativa*. São Paulo, Fadusp, 1990.



superficial desses princípios esclarece que o termo saúde empregado em qualquer conceito constitucional deve ser precisado com a necessária consideração de sua natureza de direito reconhecido igualmente a todo o povo. Isto por decorrência lógica e imediata de tal princípio, eventualmente expresso no preâmbulo da Constituição.

Alguns outros princípios – que interessam igualmente à saúde – foram positivados na Lei Magna, explicitando e tornando imediatamente exigíveis os valores por eles expressos. É o caso da afirmação da caracterização do Brasil como Estado Democrático de Direito, fundado na dignidade da pessoa humana, cujos objetivos incluem a redução das desigualdades sociais e promover o bem de todos (C. F. art. 1º, III e art. 3º, III e IV). Mas envolvem, igualmente, a obrigação de que toda propriedade atenda a sua função social, a garantia de que todos os direitos e liberdades constitucionais serão sempre viabilizados e a segurança de que todos os direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata (C. F. art. 5º, XXIII, LXXI e § 1º). Portanto, qualquer aplicador do conceito jurídico de saúde está constitucionalmente obrigado a precisá-lo considerando a realização da função social da propriedade e a imediata exigência em todos os níveis do direito à saúde, definido como direito social (C.F.art.6º). Isto significa que ninguém – legislador ou administrador – pode alegar a ausência de norma regulamentadora para justificar a não-aplicação imediata da garantia do direito à saúde.

69

Uma vez interpretados os princípios que tornam legal a determinação do conteúdo do conceito de saúde, devem-se examinar as diretrizes que, com igual consequência, orientarão a busca de uma definição operacional. Nessa esfera, procurando determinar os objetivos do sistema de seguridade social – construído na Constituição para assegurar o direito à saúde – a afirmação da "universalidade da cobertura e do atendimento... e... do caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade" (C. F. art. 194, parágrafo único, I e VII), vincula o aplicador do conceito ao alcance de tais objetivos sob pena de ilegalidade.



Especificamente com o caráter de regra jurídica, o conceito de saúde deve ser interpretado considerando que a legalidade obriga a organização das ações e serviços públicos destinados a garantir o direito à saúde – em condições de igualdade para todo o povo – ao respeito das seguintes exigências: "descentralização...atendimento integral... e... participação da comunidade (C. F. art. 198, I, II e III). E, orientando o intérprete na implementação de todas as políticas de saúde que envolvam o Sistema Único de Saúde, é necessário lembrar que a Lei Orgânica de Saúde exige, também, desse mesmo sistema – com o caráter de norma geral, e por isso obrigando a todas as esferas de Governo – a defesa da integridade moral e física das pessoas, a preservação de sua autonomia, o respeito ao direito que elas têm às informações sobre sua saúde e de serem tratadas sem qualquer tipo de privilégios ou preconceitos (Lei Federal nº 8.080/90, art. 7º, III, IV e V)



O Constituinte Federal de 1988 contribuiu sobremaneira para a precisão do conceito de saúde, tendo em várias hipóteses elucidado seu conteúdo. Assim, saúde implica a definição de uma política pública que vise seu cuidado, sua defesa e sua proteção (C. F. art. 23, II e 24, XII), ou seja, reforça-se, como requisito da legalidade, a obrigação de prestar serviços de atendimento à população (C. F. art. 30, VII) que incluam ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Também o educando foi lembrado ao se esclarecer que o conteúdo do conceito constitucional de saúde deve garantir-lhe a assistência sanitária (C. F. art. 208, VII); como deve ser, igualmente, assegurado à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à saúde, que será promovido por programas de assistência integral à saúde, para o que é exigida a aplicação de um percentual dos recursos públicos destinados à saúde para a assistência materno-infantil (C. F. art. 227, § 1º, I).

É necessário esclarecer que ao reconhecer a saúde como direito social (C. F. art. 6º) de todos os brasileiros e estrangeiros residentes no País (C. F. art. 196 c/c art.5º) e,



impor literalmente o "dever do Estado" de garanti-lo (C. F. art. 196), a Constituição define obrigações para todos os níveis de Governo da Federação. Assim, todos os princípios e diretrizes acima discutidos condicionam o aplicador constitucional, seja ele legislador ou juiz, tanto em relação às competências postas para o Governo Federal, quanto relativamente ao poder/dever dos Estados e, igualmente, em relação às competências dos Municípios. As duas últimas esferas de poder mencionadas sujeitam-se, também – além dos princípios estabelecidos na Constituição Federal e nas leis nacionais – àqueles princípios postos nas Constituições dos Estados, obrigando ao próprio Estado e a todos os seus Municípios, ou nas Leis Orgânicas Municipais. Apenas para ilustrar alguns dos princípios incluídos em Constituições Estaduais, pode-se lembrar que a saúde é expressamente nominada como um direito elementar e natural do ser humano, que deve ser reconhecido e respeitado, já no Preâmbulo da Constituição do Estado do Pará e em algumas outras é elencada no rol das finalidades do Estado ou de seus princípios fundamentais²⁸. Outros constituintes estaduais se preocuparam em esclarecer que não estavam apenas declarando os direitos sociais de seus concidadãos, mas afirmando verdadeiros direitos que o Estado tem a obrigação de garantir. De fato, é freqüente a utilização de expressões como: "ninguém poderá ser privado dos serviços públicos essenciais", "ninguém será privado de serviço essencial à saúde e à educação", "é dever do Estado garantir a todos uma qualidade de vida compatível com a dignidade da pessoa humana, assegurando ... os serviços de saúde"²⁹. E os constituintes fluminenses e amazonenses, para não deixar qualquer dúvida sobre a essencialidade da matéria, expressaram o dever de "as dotações orçamentárias contemplar(em) preferencialmente tais atividades, segundo planos e programas de Governo"³⁰. Outros, com o mesmo objetivo, condicionaram a formulação e execução de políticas urbanas e de desenvolvimento cientifi-

²⁸ Cf. *Constituições dos Estados de Alagoas (art. 2º, IX), do Mato Grosso (art. 3º, III), do Ceará (art. 14, IX) e da Paraíba (art. 2º, VII)*.

²⁹ Cf. *Constituições dos Estados do Espírito Santo (art. 9º), da Bahia (art. 4º, I) e do Rio de Janeiro (art. 8º)*.

³⁰ Cf. *Constituição do Estado do Rio de Janeiro (art. 8º) e do Amazonas, que esclarece tal prioridade ao disciplinar os orçamentos (art. 157, § 10)*.



co e tecnológico "à promoção do direito de todos os cidadãos à ... saúde"³¹.

4. A redemocratização do Estado brasileiro, que tem como marco a Constituição Federal de 1988, se reflete no expressivo e constante aumento da participação política das pessoas, que caracteriza o Estado Democrático de Direito. A preocupação com a justiça social, de fato, implica a incorporação crescente da vontade do povo na definição dos rumos e na gestão da vida social. Trata-se de assumir realmente a cidadania, ou seja – na lição clássica de Aristóteles – "participar na autoridade deliberativa e na autoridade judiciária" da vida na cidade³², pois somente aquele que tem uma parte na formação da vontade geral e em sua efetiva implementação pode ser chamado de cidadão. Eis aí a razão de a Lei Magna brasileira em vigor ter sido chamada de Constituição Cidadã, uma vez que ela prevê inúmeros mecanismos para que as pessoas tomem parte na autoridade deliberativa e na autoridade judiciária. O estímulo ao exercício da cidadania acabou por introduzir na linguagem nacional o nome advocacia, com sentido próximo ao de sua origem em língua inglesa³³. Assim, o termo advogar, tradicionalmente usado apenas para designar a atividade profissional do Bacharel em Direito regularmente licenciado, passa, também, a conformar uma nova expressão: advocacia em saúde, significando a reivindicação do direito à saúde.

Sob a ótica constitucional, então, trata-se de resgatar a idéia de justiça associada à responsabilidade numa perspectiva jurídica. Entretanto, não há dúvida de que a idéia de responsabilidade pública é eminentemente política. Ela se

31 Cf. *Constituições dos Estados do Pará*(arts.236,III e 289,§1º) e da *Bahia*(art.265,§1º).

32 Aristóteles. *Ob.cit.* Livro terceiro, cap. I

33 *Nascido da experiência da democracia estadunidense, em inglês advocacy compreende as ações de indivíduos ou grupos organizados que procuram influir sobre as autoridades e os particulares, tornando-os mais sensíveis às carências e necessidades sociais. Veja-se: Khan, A. J.; Kamerman, S. B.; Mac, G.; Brenda, G. Child advocacy: report of a national baseline study. (DITEW publication N.O. (OCD)73-18), p. 7-95 e Knitzer, J. E. Child advocacy: a perspective. Am. J. Orthopsychiatry, 46: 200-16, 1976*

34 *Esse e o entendimento comum aos administrativistas contemporâneos. Apenas como exemplo, veja-se: LAUBADERE,A. Traité élémentaire de droit administratif. 7a ed. Paris, LGDF, 1976 e ALESSI, R. La responsabilità della pubblica amministrazione. 3a ed. Milano, Giuffrè, 1955*



fundamenta na igualdade dos encargos públicos³⁴, supondo que todos devem suportar os danos causados pelo exercício geral e regular do poder público. Pode-se dizer, também, que ela reconhece a incapacidade humana para conhecer a causalidade dos comportamentos humanos. Desse modo, porque ao homem não é possível tudo saber e prever, a responsabilidade deve ser dialeticamente definida, considerando as condições da experiência social comum. É a organização política (da cidade) concretamente considerada que gera a responsabilidade, uma resposta à necessidade política de fazer de cada indivíduo uma parte do corpo social³⁵. Nas Repúblicas, onde todos os órgãos de poder e todo o povo estão vinculados ao Direito³⁶, todos são responsáveis. Isto é, todos podem ser chamados aos tribunais para cumprirem suas obrigações, que no caso do Estado são os deveres previstos na Constituição.

Sabe-se que a situação de desequilíbrio na vida social pode ser provocada tanto por ação ou omissão de particular como de autoridade pública, seja ela administrativa, legislativa ou judicial. As Constituições contemporâneas prevêem mecanismos de promoção da responsabilidade das pessoas físicas e jurídicas de direito privado e das pessoas de direito público vinculadas ao Poder Executivo ou Legislativo ou Judiciário. Sempre afirmada nos tribunais, a responsabilidade de direito privado encontra - em algumas hipóteses - precisão no texto constitucional. Tal situação configura, entretanto, a regra nos casos de responsabilidade derivada da atuação do Poder Público. Isso é verdade para todos os danos causados por prestadores de serviço público, bastando a prova do prejuízo causado por um agente desse serviço. A tradição constitucional, porém, revela a mais fácil aceitação da responsabilidade do Estado-administração que daquela referente às funções estatais de legislar e julgar. De fato, se observa que a responsabilidade dos diversos órgãos estatais é mais restrita quanto mais elevada e sua função³⁷. Isto é - no limite -

³⁵ Conforme a lição de SPINOZA no *Tratado político*. São Paulo, Abril, 1973, caps. III e V

³⁶ Assim CÍCERO entendia o Estado. *Da República*. São Paulo, Atena, s.d. Livro 1º, XXXII

³⁷ É o que já constava LAFERRIERE, E. *Traité de la jurisdiction administrative*. 2a ed. Paris, 1896, p. 184



quando sua função confina com a soberania, o Estado dificilmente assume a responsabilidade que se resolve em indenização pecuniária. Por outro lado, nessa situação, ele é politicamente plenamente responsável.

No Brasil a responsabilidade objetiva do Estado (compreendido como a Administração) é expressamente reconhecida desde a Constituição promulgada em 1946 (art. 194) e a responsabilidade por ato judicial é deduzida da obrigação de indenizar o condenado por erro judiciário, presente apenas na Constituição promulgada em 1988 (art. 5º, LXXV). Também a Carta vigente permite supor a responsabilidade por omissão legislativa quando prevê a suplementação pelos tribunais das normas destinadas a viabilizar o exercício dos direitos e liberdades constitucionais e das prerrogativas inerentes à nacionalidade, à soberania e à cidadania (art. 5º, LXXI). Entretanto, a responsabilidade política do Chefe do Poder Executivo foi erigida em mandamento constitucional desde a instauração da República. E este dever de prestar contas foi sancionado com a tipificação do crime de responsabilidade do Presidente na Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 24 de fevereiro de 1891 (art. 54), mantida nas demais Cartas da República. Isto significa que a Administração Pública é o garantidor das obrigações assumidas no Pacto constitucional e que seu superior tem o dever de prestar contas de sua conduta, em relação àquelas obrigações, ao povo.

Para facilitar o exercício da advocacia em saúde a Constituição federal criou mecanismos privilegiados para a proteção do direito a saúde. O primeiro deles foi a afirmação - a rigor desnecessária - de que todas as normas que definem direitos e garantias individuais têm aplicação imediata (C. F. art. 5º, § 1º). Assim, qualquer lei cujo conteúdo ajude a definir o direito a saúde, em qualquer esfera de governo, não sendo imediatamente aplicada, possibilita inclusive o recurso ao mandado de segurança.

Particularmente, quanto ao uso do Poder Legislativo para a advocacia, verifica-se que o povo brasileiro decidiu



assumir seu próprio governo. Assim, o artigo que inaugura a Constituição afirma que todo o poder pertence ao povo, que, para exercitá-lo, pode ou eleger representantes ou agir em nome próprio (C. F. art. 1º, parágrafo único). Isto significa que tanto a organização do governo como o controle do poder econômico e a garantia dos direitos das pessoas, consideradas individualmente ou na coletividade, - matérias que devem fazer parte de qualquer Constituição que deve reger uma sociedade no final do século XX - permitem a atuação imediata do povo, fonte de todo o poder. Para operacionalizar a participação popular na gestão do Estado, previu-se que a capacidade legislativa pertence aos representantes eleitos e a quem os elegeu. O povo pode, portanto, diretamente, propor projetos de lei (C. F. art. 61, § 2º), participar de audiências para debatê-los (C. F. art. 58, § 2º, II), referendar uma lei ou se manifestar - em plebiscito - sobre assuntos considerados relevantes pelo Congresso Nacional (C.F art.49,XV). Esses instrumentos para o exercício da democracia direta podem ser usados de modo bastante adequado ao desenvolvimento de um processo de advocacia em saúde. Imagine-se, por exemplo, a força de convencimento derivada de intensa participação popular nas audiências públicas convocadas para discussão de um projeto de lei de interesse para a proteção do direito à saúde; ou o uso obrigatório do referendo sempre que o projeto aprovado tenha origem na iniciativa popular. Outro mecanismo da democracia direta que pode ser muito útil para um processo de advocacia em saúde é aquele que autoriza ao povo - organizado em confederação sindical ou entidade de classe ou pertencendo a partido político - a pedir a retirada do mundo jurídico de uma lei que contrarie o que ficou estabelecido na Constituição (C. F. art. 103, VIII e IX).

Mais conhecidos daqueles que reivindicam a efetivação da saúde como direito de todos são os mecanismos de participação direta na Administração Pública. De fato, a Constituição instituiu órgãos populares com funções de direção administrativa, como é o caso da participação popular no sistema de saúde (C. F. art. 198, III), subordinou todo o planejamento da atuação estatal no Município à cooperação



das associações (C. F. art. 29, X). E legitimou os cidadãos, os partidos políticos, as associações e os sindicatos para - fiscalizando a contabilidade e o orçamento das entidades administrativas - denunciarem irregularidades aos Tribunais de Contas (C. F. art. 74, § 2º). Para esclarecer a obrigação constitucional do encarregado da Administração Pública obedecer e fazer cumprir os direitos afirmados foram definidos como crime de responsabilidade do Presidente da República os atos que atentem contra o "exercício dos direitos políticos, individuais e sociais" (C. F. art. 85, III). E foi criado o mandado de injunção, instrumento para que qualquer pessoa possa pedir ao juiz que faça valer o direito criado pelo legislador e não aplicado pelo administrador (C. F. art. 5º, LXXI) por falta de norma regulamentadora.

A situação do Poder Judiciário face ao exercício da advocacia em saúde é curiosa. Com efeito, pode-se afirmar que os mecanismos de democracia direta, permitindo aos cidadãos a efetiva participação nas decisões – em última instância – que interessam à vida na cidade, não atingiram o Poder Judiciário. Entretanto, houve, um alargamento nas possibilidades de acesso a esse Poder. Assim, de um lado, para proteger direito desrespeitado por autoridade pública ou assemelhados previu-se o mandado de segurança, que pode ser impetrado pelo indivíduo ofendido ou por partido político, organização sindical, entidade de classe ou associação na defesa de seus membros ou associados (C. F. art. 5º, LXIX e LXX); e para garantir o acesso à informação sobre uma pessoa e sua veracidade permitiu-se apenas ao interessado o uso do *habeas data* (C. F. art. 5º, LXXII). Só o indivíduo é, também, legitimado para propor ação que vise anular ato lesivo ao patrimônio público amplamente considerado (C. F. art. 5º, LXXIII). Por outro lado, foi instituída a Defensoria Pública para a "orientação jurídica e a defesa, em todos os graus, dos necessitados" (C. F. art. 134).

A inovação, sem dúvida, mais importante para facilitar o exercício da advocacia em saúde junto ao Poder Judiciário, foi a clara definição - pela primeira vez na história constitu-



cional brasileira - das funções do órgão especialmente voltado para "a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis". o Ministério Público (C.F. arts. 127 a 130). E, por uma feliz coincidência, houve - por determinação constitucional - uma estreita ligação entre a promoção e a proteção do direito à saúde e o Ministério Público. De fato - apesar de inexistirem divergências quanto à natureza pública da saúde e, portanto, do direito à saúde - circunstâncias políticas fizeram com que os constituintes brasileiros em 1988 cunhassem uma nova expressão: relevância pública. Essa expressão foi empregada para definir a natureza das ações e serviços de saúde e, também, para caracterizar uma das funções do Ministério Público, aquela de "zelar pelo efetivo respeito ... dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados (na) Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia" (C. F. art. 129, II)³⁸. Desse modo o Ministério Público tornou-se - por mandamento constitucional - um advogado privilegiado do direito à saúde. E é importante notar que os membros dessas instituições, tanto na esfera estadual quanto em âmbito federal, vêm-se organizando para responder adequadamente a essa demanda³⁹.

5. No Brasil, vive-se um processo bastante conturbado no que respeita ao papel da lei na organização social, implicando variações inconstantes na apreciação dos poderes Legislativo e Judiciário. Apesar dos riscos de se fazer história contemporânea, há uma unanimidade em torno da verificação do entusiasmo popular em relação à lei e ao direito a partir dos anos 80. A grande participação no processo de elaboração da Constituição Federal e o aumento substan-

³⁸ *Veja-se, especialmente, o primeiro número da série Direito e Saúde, publicada pela Organização Panamericana da Saúde, em 1992, sobre O CONCEITO CONSTITUCIONAL DE RELEVÂNCIA PÚBLICA, que apresenta os textos básicos para discussão e o documento elaborado pela oficina de trabalho sobre esse tema, promovida pelo Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário associado ao Núcleo de Pesquisa em Direito Sanitário da Universidade de São Paulo, reunindo ilustres representantes dos setores jurídicos e sanitários da vida pública brasileira.*

³⁹ *Um bom exemplo de tal organização é a publicação do edital Concorrência internacional n.º 08/2000 do Ministério da Saúde, que prevê a realização de curso de especialização em direito sanitário para membros do Ministério Público, em todo os Estados.*



cial no número de candidatos aos cursos jurídicos expressam esse interesse. E, um pouco mais tarde, pôde-se notar o reflexo de tal comportamento na busca de soluções judiciais para a implementação de políticas públicas. Entretanto, o final dos anos 1990 encontra um grande contingente de pessoas descrentes do direito. As conquistas legais e mesmo constitucionais passam a ser desrespeitadas, sob o argumento de alto custo econômico. E tal argumento não apenas seduz o Poder Executivo, mas, submete, também, o Legislativo e o Judiciário. Curiosamente, então, muitos dos que maldizem a lei continuam a procurar sua garantia judicial.

Particularmente, no que se refere ao direito à saúde, pode-se constatar um quadro bastante semelhante ao acima descrito. O entusiasmo com a participação na definição da seção constitucional dedicada à saúde foi, sem dúvida, muito maior quando se tratou da Constituição Federal e diminuiu constantemente até a elaboração das Leis Orgânicas Municipais. Entretanto, ele foi expressivo na discussão da Lei Orgânica da Saúde, contemporânea do processo constitucional nos Municípios. Por outro lado, a efetivação dos mecanismos previstos para a participação popular junto à Administração ajudou a desenvolver maior familiaridade com a lei e o direito. E o alargamento das possibilidades de acesso ao Poder Judiciário aproximou do horizonte de alternativas posto para as pessoas na defesa do direito à saúde, o recurso àquele poder.

Estudos recentes⁴⁰ vêm mostrando que, infelizmente, não tem havido a desejável compatibilidade das estruturas necessárias para operar os sistemas legais, sanitários e judiciais entre si. Especialmente em relação à garantia de acesso a ações e serviços de saúde, apenas um exemplo serve de evidência do descompasso existente. Com efeito, muitos gestores do sistema sanitário têm sido obrigados por decisão

40 Veja-se, por exemplo – tratando do Ministério Público – a dissertação de mestrado de Marília ... ; ou – interessada no Judiciário – os resultados, ainda não publicados, da pesquisa que vem sendo conduzida pelo Núcleo de Pesquisas em Direito Sanitário da Universidade de São Paulo, que revelam a inadequação da infra-estrutura dessas instituições para atender à reivindicação do direito à saúde.



judicial a oferecer determinado tratamento para certa pessoa. Muitas vezes tratamento consagrado, absolutamente necessário e de alto custo. Outras vezes, contudo, cuidado que não foi referendado pela ciência médica vigente. Argumentam os gestores que o gasto com o atendimento de apenas uma pessoa pode consumir parte substancial do orçamento anual destinado à saúde naquela esfera de Governo. Estaria, assim, o juiz, sozinho, estabelecendo a prioridade para as políticas públicas de saúde. Mas o juiz decide obedecendo diretamente, na maioria dos casos, ao mandamento constitucional que afirma ser dever do Estado garantir o direito à saúde. Acontece que o plano de saúde – onde devem ficar estabelecidas as prioridades para a execução da política sanitária e que distribui as atribuições das três esferas de governo [todas responsáveis por cuidar da saúde (C. F. art. 23. II) na implementação da política fixada – é somente um documento interno da administração, ao qual não é dada qualquer formalidade normativa e que, portanto, não influi na formação do convencimento do juiz, árbitro da legalidade. Situação semelhante acontece no que respeita à qualidade das ações e serviços de saúde. A definição legal de padrões de qualidade para tais atividades não é da tradição brasileira. Assim, quando reivindicam a qualidade do atendimento à saúde indo à última instância, isto é ao Poder Judiciário, as pessoas encontram respostas, muitas vezes, disparatadas. Isso é bastante mais freqüente exatamente porque existe pouca legislação sobre o tema e a que existe é de difícil acesso aos não especialistas. O juiz decide, então, baseado quase que exclusivamente na legislação trazida pelas partes⁴¹.

79

Por outro lado, vem se desenvolvendo com muita força a legislação que define os direitos dos pacientes. Isso, especialmente no aspecto que dá conseqüência à afirmação constitucional da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República (C. F. art. 1º. III). Com efeito, a partir dos movimentos sociais organizados e da disseminação da compreensão da Constituição como a Lei Maior, que veio

⁴¹ *Achado da pesquisa conduzida pelo Núcleo de Pesquisas em Direito Sanitário da Universidade de São Paulo, já referida.*



para implementar o exercício da cidadania, algumas declarações de direitos dos pacientes serviram de base para a edição de leis que disciplinam a matéria, em âmbito estadual ou municipal⁴². Assim, além do assunto ser mais conhecido dos juristas – porque subsumido nos direitos da personalidade, tema tradicional do Direito Civil – os julgadores têm à disposição, com fácil acesso, uma legislação especial adequada à solução do conflito.

O exame das situações reais de promoção da responsabilidade legislativa e judiciária pela garantia de acesso a serviços de saúde de boa qualidade e humanizados permite recomendar que administradores públicos e população se interessem mais pela formalização legislativa das matérias que envolvem a garantia do direito à saúde. Seria muito importante, por exemplo, que os planos de saúde tivessem existência legal e que a legislação que os contivesse deixasse claras as obrigações de cada esfera de governo na oferta dos meios para a redução do risco de doenças e outros agravos e, também, para promover, proteger e recuperar a saúde para todas as pessoas em igualdade de condições (C.F. art.196). Tal legislação deveria, igualmente, precisar – para aquele nível de poder político – qual a compreensão da integralidade do atendimento (que significa que os problemas de saúde devem ser materialmente abordados em sua completude em cada indivíduo). Em conseqüência, não deveriam escapar ao abrigo legislativo as obrigações do Estado tanto de realizar ações e serviços que diminuam o risco de uma pessoa ser contaminada pelo bacilo da tuberculose, como de realizar ações e serviços que recuperem sua saúde quando, apesar de efetuadas todas as medidas promocionais e preventivas, aquela pessoa contraiu tuberculose. E mais ainda, a lei deve esclarecer que o que se entende por prevenção e reabilitação compreende, conforme o ensinamento clássico de Leavell & Clark⁴³, tanto o diagnóstico e o tratamento precoce quanto a limitação da incapacidade e a reabilitação propriamente dita. O povo e os gestores públicos devem, também, procurar dar

⁴² Veja-se, por exemplo, a Lei nº 10.241/99, que no Estado de São Paulo dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde.
⁴³ In *Medicina preventiva*. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1976



forma legal à definição dos padrões de qualidade dos serviços e das ações de saúde.

As situações reais de promoção da responsabilidade legislativa e judiciária pela garantia de acesso a serviços de saúde de boa qualidade e humanizados sugerem, do mesmo modo, que o Poder Legislativo deve dar maior guarida às questões sanitárias. Seria interessante que as casas legislativas tivessem comissões de saúde, que fossem verdadeiramente especializadas na matéria. Isso deve implicar a existência de corpo de assessores permanente, selecionados em razão do efetivo conhecimento acadêmico, prático e político do tema. E sugere, também, que o Poder Judiciário e – no caso da saúde, o meio privilegiado de acesso a ele – o Ministério Público se organizem para oferecer a infra-estrutura de apoio necessária para a formação do convencimento e a apresentação dos argumentos, respectivamente, em matéria de direito sanitário. Isso deve implicar, por exemplo, a existência de facilidades para o acesso (virtual ou real) à legislação e à doutrina especializada no assunto e, igualmente, o oferecimento de cursos e seminários sobre temas de direito sanitário. É indispensável, porém, que ambos – juízes e membros do Ministério Público – tenham acesso a tais recursos de infra-estrutura em qualquer Comarca onde se encontrem, uma vez que questões de acesso a serviços e ações de saúde de boa qualidade e humanizados envolvem pessoas em todas as partes do território brasileiro e não apenas nos grandes centros urbanos.

É necessário concluir enfatizando a importância do papel que desempenham Legislativo e Judiciário na garantia do direito à saúde. De fato, muito já vem sendo feito por essas instituições para que as pessoas tenham acesso a serviços e ações de saúde de boa qualidade e humanizados. Os poderes Legislativo e Judiciário têm posição de destaque no Estado Democrático de Direito e, portanto, grande responsabilidade por tornar realidade os princípios abrigados na Constituição. Essa é a razão fundamental da esperança popular de que Legislativo e Judiciário se aperfeiçoem na garantia do direito à saúde para todo o povo brasileiro.





Gestão, profissões de saúde e controle social

*Francisco Eduardo de Campos*¹

*Mariangela Leal Cherchiglia*²

*Sábado Nicolau Girardi*³

Introdução

As transformações da relação Estado-Sociedade-Economia, nos anos 90, têm demandado uma reestruturação da organização política e econômica dos países com reflexos sobre o papel do Estado e, conseqüentemente, sobre o setor saúde. A redefinição do papel do Estado e a reestruturação de seu aparelho, ao romper com uma regulação assentada no compromisso de classe (fordismo) estrutura-se em fina sintonia com os princípios do mercado e numa nova regulação: a eficientista.

Como parte da reforma do Estado, a reforma do setor saúde traz mudanças nas relações sociais (políticas, econômicas e normativas) até agora existentes entre o Estado, a população e os agentes ou atores (financiadores, produtores e provedores) da produção de serviços de saúde.

A natureza intensiva em trabalho dos serviços de saúde, sua extrema dependência com relação ao trabalho profissional e as dificuldades decorrentes para a adoção de alternativas tecnológicas poupadoras de força de trabalho no setor vinculam, de forma inexorável, as possibilidades de sucesso das reformas setoriais, que visem aumentar a eficiência, a resolutividade, a equidade e o acesso aos serviços de saúde, à capacidade de regulação da gestão das relações profissionais e das relações de trabalho em saúde.

¹ *Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva e Social e Coordenador do Núcleo de Saúde Coletiva – NESCON, Faculdade de Medicina da UFMG.*

² *Professora Assistente do Departamento de Medicina Preventiva e Social e Pesquisadora do Núcleo de Saúde Coletiva – NESCON, Faculdade de Medicina da UFMG.*

³ *Pesquisador do Núcleo de Saúde Coletiva – NESCON, Faculdade de Medicina da UFMG.*



Desta forma, a questão das instituições e dos mecanismos de regulação das relações de trabalho, da educação profissional e do exercício das profissões de saúde ocupam lugar estratégico no elenco das políticas de recursos humanos na perspectiva de aumento de controle social do setor saúde.

O controle social sobre as profissões de saúde ⁴

A base das profissões modernas está no controle legítimo sobre determinada esfera do conhecimento que garantirá à profissão um monopólio e uma espécie de "mandato" sobre seu domínio de trabalho. O Estado é o único com legitimidade para garantir às profissões o exclusivo direito de monopolizar certo conhecimento e, conseqüentemente, estabelecer uma relação de poder com a sociedade.

Nos dias atuais, é crescente o número de processos movidos pelas mais diversas ocupações, solicitando seu reconhecimento como profissões (Machado & Belisário, 2000).

A forte dependência das instituições e organizações de saúde com relação ao trabalho profissional e sua peculiar vulnerabilidade às chamadas normas profissionais condicionam qualquer estratégia de contenção de custos ou de melhoria da eficiência e da qualidade e acessibilidade dos serviços à capacidade de influir sobre os sistemas de autorização e controle do exercício das profissões. (Girardi, 1998). Entretanto, o sistema de regulação profissional vigente no Brasil oferece baixas margens de governança profissional seja para os dirigentes setoriais de saúde, seja para um efetivo controle social (Girardi, 1998).

Segundo Freidson (1994:191-192), existem três modos diferentes de organizar e regular os mercados de serviços e de trabalho e as profissões do setor saúde. Em primeiro lugar, o modelo dos mercados livres, no qual os trabalhadores com-

⁴ Esta seção do trabalho se baseou, em grande parte, em Girardi, Sábado *Nº* (1999). A Regulação dos Recursos Humanos e a Reforma do Setor Saúde em países da América Latina. Documento produzido para a Organização Panamericana da Saúde, Washington DC., dez. 1999 (mimeo. 53 pp.).



petem livremente para serem escolhidos e pagos pelos empregadores e clientes: em segundo lugar o modelo racional burocrático (estatal ou corporativo-empresarial), no qual os trabalhadores são hierarquicamente controlados e gerenciados pelos empregadores e seus gerentes ou pela burocracia pública e seus gestores. Por fim, o modelo dos mercados profissionais ou corporativo-profissionais (auto-regulação profissional), no qual o conteúdo e os termos do trabalho são controlados pelas profissões reguladas. Neste último modelo os profissionais têm autonomia corporativa e auto-regulação. Freidson (1994) defende que apenas o modelo profissional contém dentro dele soluções potenciais para os problemas da confiança e do discernimento que caracterizam exemplarmente os mercados de saúde.

Além desses três modelos mais ou menos "puros" de regulação, alguns autores têm chamado atenção para os modelos de regulação societal. Sem negar radicalmente os anteriores, este último modelo de regulação introduziria de forma bastante acentuada a participação dos grupos de interesse público ou da sociedade civil no processo regulatório (Ayres, 1992). Outros autores falam, ainda, no modelo dos poderes compensatórios que consiste no estabelecimento de contrapesos no interior de um sistema regulatório (Light, 1991; Mechanic, 1991)⁵. De uma maneira geral, pode-se dizer que esses "novos" modelos têm surgido da necessidade de compatibilização entre as instituições da democracia e do mercado ou mais precisamente da necessidade de promover *trade offs* entre os princípios rivais da participação e da eficiência que suportam, respectivamente, aquelas instituições. Em geral, propugnando pela criação de uma terceira via, eles visam fugir às soluções simplistas que preconizam soluções dicotômicas baseadas ou na regulação governamental ou na desregulação.

No Brasil, apesar de o tema da regulação profissional não

⁵ A idéia original da regulação pelos poderes compensatórios (countervailing powers) aparece primeiro em J.K. Galbraith (1956, American Capitalism).



ter visibilidade comparável, por exemplo, à da flexibilização das relações de trabalho ou da terceirização, pode-se dizer que tem adquirido crescente interesse. As formas institucionais de auto-regulação profissional vigentes no Brasil, direcionadas sobretudo à autorização e controle do exercício, sofrem hoje pressões para mudanças a partir de diversas fontes. A opinião pública, por intermédio da mídia, reclama da pequena abertura e do excessivo zelo protecionista com que os Conselhos Profissionais brindam as próprias profissões reguladas em detrimento do público, especialmente nos processos que envolvem conflitos éticos e de má-prática entre clientes e profissionais. Um crescente número de ocupações não-regulamentadas que demandem regulação, especialmente na área da saúde, ao não verem suficientemente contemplados seus pleitos, queixa-se do elitismo e da relativa impermeabilidade do sistema com relação às demandas das ocupações de menor prestígio social e poder econômico. Estas profissões "menores", digamos assim, ao reclamarem os privilégios da auto-regulamentação profissional, apelam geralmente para a questão da igualdade de oportunidades nos mercados de trabalho ou para o critério da justiça entre as profissões (em referência àquelas profissões auto-reguladas). Conforme demonstram Girardi e cols., no Brasil, entre 1970 e 1995, dos projetos de lei encaminhados ao Legislativo Federal (Câmara e Senado Federais) demandando regulamentação na área da saúde, 40% tiveram como objeto a regulamentação do exercício profissional. Atividades profissionais tais como a dos nutricionistas, biomédicos, biólogos, técnicos em prótese dentária, psicólogos, médicos veterinários, entre outras, tiveram o exercício profissional regulamentado e/ou seus Conselhos Profissionais de fiscalização do exercício aprovados e criados no período. Por seu turno, ocupações como massagistas, acupunturistas, profissionais de medicina oriental e de medicina alternativa, terapeuta naturista, não obtiveram aprovação (Girardi e cols., 1999). Profissões auto-reguladas e de muito estabelecidas e legitimadas pela sociedade – como a Medicina, a Odontologia e a Farmácia, reclamam do relativo anacronismo da legis-



lação que regulamenta o exercício das profissões. Em geral, em nome da defesa do interesse público, demandam expansão de sua jurisdição para fiscalizar, além do exercício dos pares profissionais, a atuação das empresas e os serviços que cercam a produção dos serviços profissionais. Estas profissões também reclamam maior poder para regular os fluxos de entrada de profissionais nos mercados de trabalho por meio de um maior controle sobre o sistema de educação profissional.

Ponto relevante da regulação do exercício profissional em saúde, diz respeito ao evidente processo de questionamento da Medicina denominada flexineriana, que tem como elementos estruturantes: o biologismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação do ato médico e a ênfase na medicina curativa. Pois, se avanços científicos e tecnológicos ampliaram o conhecimento e as possibilidades de diagnósticos, o tratamento e o prognóstico das doenças, tornaram, também, seus custos inviáveis para a sociedade, especialmente a dos países mais pobres. (Campos & Albuquerque, 1999).

87

Ademais, o processo de especialização na Medicina, que tem se intensificado em todo o mundo, representa um problema adicional ao criar clientela e mercados especializados que deixam de ser universais e de demanda virtualmente ilimitada. Além disso, esses segmentos profissionais isolam-se e acabam desenvolvendo formas organizativas próprias, em sociedades distintas, tais como, as de Oftalmologia, Anestesiologia, Pediatria etc. (Machado, 1996). Assim, a criação de novas especializações contribui para o aumento das demandas e maior restritividade da regulação profissional, que passa a ocorrer, muitas vezes, em microespaços. Segundo Machado & Belisário, (2000) existem hoje no Brasil cerca de 64 especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, mas, na realidade, este número pode ser maior, pois estas dividem-se em subespecialidades que atuam num mercado altamente competitivo, tornando-se nichos de prestação de serviços concorrenciais e de alto poder de remuneração. Desta forma, ainda conforme as autoras, a escolha de uma especialidade, por um estudante de Medicina, em



detrimento de outra, sofre influência não só dos aspectos individuais, mas também da dinâmica do mercado de trabalho, representada pela remuneração, oferta e condições de trabalho.

Por fim, no atual regime de regulação profissional é muito pequena a margem de influência das autoridades setoriais dos Governos na área da saúde nos planos federal, estadual e municipal sobre o comportamento das profissões. Administradores e gerentes se vêem engessados no cotidiano por um sistema que delimita legalmente monopólios sobre extensos e imprecisos campos de prática e dificulta a utilização plena das competências e o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar. Muitos desses tecem expressamente críticas quanto à rigidez do atual sistema de autorização e controle do exercício profissional demandando, em nome da eficiência, arranjos regulatórios mais flexíveis e, inclusive, desregulação de certas atividades que não envolvem riscos ou são realizadas em condições de completa heteronomia e controle externo. Assim, em nome do aumento da governança organizacional, as autoridades sanitárias também pressionariam por mudanças no atual sistema.

A adequada regulação do exercício das profissões e ocupações de saúde é, sem qualquer dúvida, condição indispensável à produção de serviços de qualidade e, sobretudo, à garantia da proteção dos usuários. O risco de danos e agravos à integridade física e mental dos consumidores, aliado à dificuldade de julgamento de leigos sobre a qualidade e a adequação dos serviços prestados por profissionais (derivada da alta complexidade técnico-científica e ética envolvida nestes serviços) tem sido a principal razão evocada para regular o exercício das profissões, retirando seu campo de prática do "livre jogo" das forças de mercado. Historicamente, a regulação pública das profissões e ocupações de saúde (pelo Estado ou pela instituição de agências com autoridade pública atribuída sobre o campo, como os Conselhos Profissionais) objetivou o estabelecimento de padrões mínimos de prática técnica e conduta ética para



manter os consumidores de serviços profissionais a salvo de praticantes inescrupulosos e profissionais incompetentes. Entretanto, ao lado desses objetivos anunciados, o regime de regulação profissional instituído resultou, na prática, na garantia de privilégios econômicos para os membros das corporações profissionais, através da cristalização de reservas de mercado sobre campos imprecisos de prática. A instituição dessas prerrogativas monopólicas para grupos de profissionais sobre campos de trabalho teve vários resultados negativos, incluindo a pequena responsividade ao público, a relativa invulnerabilidade aos legítimos objetivos gerenciais de ampliação da cobertura e acesso aos cuidados, o crescimento do sentimento de "injustiça" entre as ocupações, com exclusão e subordinação hierárquica das ocupações e profissões de menor *status* e o estabelecimento de entraves a políticas estatais de coordenação das profissões, tendo em vista, por exemplo, a implementação de políticas de saúde de corte universalista.

A reforma da regulação profissional deve pautar-se, nesse contexto, por diretrizes que visem reforçar os aspectos positivos do sistema de auto-regulação vigente, em especial seu potencial para garantir a qualidade dos padrões técnicos e éticos do exercício profissional e de proteção ao público, e complementar suas falhas. Para tanto, um formato de regulação profissional e ocupacional a ser estimulado, baseado no princípio geral da utilidade pública da regulação, deverá contemplar, na prática, o balanço criterioso entre objetivos pragmáticos da política do Governo para o setor e o fortalecimento das instituições básicas de uma sociedade justa, dentre os quais, vale citar:

- Proteção ao público contra a ação de provedores desqualificados e profissionais incompetentes:
- Promoção da eficiência na provisão dos serviços de saúde:
- Garantia da acessibilidade aos serviços de saúde:



- Garantia da equidade na distribuição dos serviços de saúde;

- Garantia da igualdade de tratamento sobre os pleitos das diversas profissões e ocupações;

- Promoção de capacidade do Estado para coordenar políticas de regulação para as profissões.

A operacionalização destas diretrizes implica, no entanto, necessidade da criação de capacidade mínima do Estado, particularmente no setor saúde, para dar início a um processo de revisão da legislação de regulação das profissões de saúde, no sentido de adequá-las àquelas diretrizes. É igualmente necessária a análise criteriosa e imparcial, de forma sistemática e não casuística, dos inúmeros pleitos relativos à matéria que hoje tramitam no Executivo da saúde e no Legislativo nacional. Tratam-se de demandas de diversos atores: grupos ocupacionais não-regulamentados que buscam a regulamentação de suas atividades; profissões estabelecidas que demandam modificações específicas na legislação e ampliação de suas jurisdições sobre campos do exercício ainda não regulamentados (a exemplo das especialidades); setores gerenciais que demandam flexibilização e mesmo desregulação, etc.



O controle social sobre a gestão do trabalho em saúde

No Brasil, há cerca de dez anos, o setor público de saúde, vem passando por uma radical descentralização administrativa. Essa reforma setorial, ainda que incompleta, tornou a regulação do setor saúde ainda mais complexa, pois com o estabelecimento do Sistema Único de Saúde – SUS, tal atividade passou a ser competência concorrente das três esferas de Governo (Brasil, 1988). As novas formas de relacionamento entre instâncias governamentais, de distintas esferas, e delas com os serviços e o desenvolvimento de novos modelos de gestão e de gerência seguem a temática da reforma, apontando o modelo administrativo burocrático como obstáculo à efi-



ciência da gestão das organizações públicas na área da saúde. (Costa & Melo, 1998). Flexibilidade e flexibilização passam a ser o referencial modernizador da administração gerencial do Estado, por contraposição à administração burocrática e o objetivo da eficiência, seja a eficiência política, a organizacional ou a administrativa, o seu norteador (Cherchiglia & Dallari, 1999; Nogueira, 1999, a). No entanto, os avanços na flexibilidade não estão sendo acompanhados de avanços na capacidade de regulação.

No campo da gestão do sistema e do trabalho em saúde, algumas dessas flexibilidades têm aparecido especialmente com fundamento no instituto do contrato de serviços. O contrato de serviços, quando feito em larga escala, é sempre sinônimo de terceirização (Nogueira, 1999a). Pode-se definir a terceirização como sendo o processo pelo qual a empresa, visando alcançar maior qualidade, produtividade e redução de custos, repassa a uma outra empresa um determinado serviço ou a produção de um determinado bem, de acordo com a remuneração especificada. (Cherchiglia, 1999). A terceirização ganhou espaço, tanto no setor privado como público de saúde, atingindo de forma crescente áreas antes protegidas, como os serviços profissionais especializados e essenciais, a gerência dos serviços e, inclusive, a gestão financeira.



No setor privado, o aumento da produtividade e da eficiência na produção de serviços, via transferência dos custos dos passivos trabalhistas e da administração dos conflitos para os agentes terceiros contratados, se colocava entre as principais vantagens comparativas da terceirização. Além disso, a delegação de funções não-essenciais a terceiros permitia que a gerência se ocupasse mais integralmente dos temas de excelência do setor em questão, o que trazia ganhos de qualidade. (Girardi, Carvalho & Girardi Jr, 2000). No setor público de saúde, o deslocamento em direção às terceirizações passou a ser a solução preferencial, na política de muitos gestores do SUS, para contornar o severo controle exercido sobre os concursos públicos e a abolição constitucional de contratação de pessoal celetista.



Desta forma, nos anos noventa, o SUS vem praticando uma variada gama de formas de contratação/vinculação do trabalho previstas em lei, para além da tradicional terceirização externa, ou seja, a compra de serviços do setor privado (consultas, internações hospitalares, exames laboratoriais etc.), contratação de prestação de serviços de atividades de apoio e manutenção (limpeza, lavanderia, segurança etc.). Segundo Nogueira (1999a), o que há de novo na reforma informal ora em curso no SUS é que o contratante cede ao contratado (em geral, uma cooperativa de profissionais ou outro tipo de empresa não-lucrativa) uma parte de seus próprios recursos (materiais e humanos) para prestar o serviço requerido, originando uma semiprivatização. Seria a denominada terceirização interna. Entre as diversas formas de flexibilização da gestão do trabalho praticadas atualmente no SUS pode-se destacar: *a*) terceirização de serviços finais através de empresas privadas, de cooperativas de funcionários, de cooperativas de agentes comunitários etc.; *b*) "triangulação" por intermédio de fundações de apoio, ONGs vinculadas ao Estado e outras entidades; *c*) criação de entidades privadas não-lucrativas para a gestão de consórcios municipais; *d*) uso indiscriminado de contratos temporários (contratos administrativos), cargos comissionados, "código 7 e artifícios similares; *e*) contratação de pessoal permanente mediante mecanismos precários, tais como "bolsas de trabalho, *prolabore*. (Cherchiglia, 1999; Nogueira, 1999).

As cooperativas gerenciais têm a particularidade de não só congregar profissionais de diversos tipos e exercer uma mediação na venda de seu trabalho, como também de assumir a responsabilidade da gerência de uma ou mais unidades de saúde da rede SUS. Exemplos paradigmáticos são o PAS em São Paulo e os vários hospitais do Rio de Janeiro. Essas cooperativas seriam, de algum modo, parceiras da administração do SUS. No entanto, essa situação de gerência "terceirizada" não se encontra sob nenhum controle efetivo do Poder Público, a despeito das cláusulas contratuais, e por isso estreita drasticamente a condição de governabilidade do gestor (Nogueira, 1999b).



Podemos ressaltar que a recente promulgação da lei que permite reconhecer as ONGs como Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIP), e com as quais faculta aos órgãos de Estado estabelecerem termos de parceria, criou uma via inédita e muito promissora para a implementação de políticas de saúde fora dos mecanismos administrativos estatais. Além disso, ao contrário das cooperativas, o vínculo básico pressuposto é o contrato CLT, salvaguardando, assim, os direitos trabalhistas. Desde logo, as OSCIPs passam a ser candidatas naturais para participar da implementação de programas de caráter comunitário, tais como o PACS e o PSF. (Nogueira, 1999b: 449).

Em recente estudo sobre as formas institucionais da terceirização em hospitais privados lucrativos, privados não-lucrativos e públicos da região Sudeste, Girardi, Carvalho & Girardi Jr. (2000) constataram que, em relação aos serviços técnicos e profissionais 49,5% dos hospitais pesquisados terceirizavam os serviços de diálise; 81,3% terceirizavam os serviços de anatomia patológica; 22,7% obtinham serviços de anesthesiologia de forma terceirizada; 22,6% e 33,6% dos hospitais contratavam, respectivamente, médicos ortopedistas e fisioterapeutas por terceirização. Os resultados da pesquisa indicam, também, que a terceirização de serviços de especialistas médicos e de outras profissões (com exceção da enfermagem) se dá preferencialmente através de sociedades ou empresas de profissionais liberais, ao passo que na terceirização de serviços de complementação diagnóstica e apoio terapêutico prevalecem as outras formas de empresa, com propriedade não necessariamente vinculada a profissionais de saúde.

Assim, as transformações no mundo do trabalho, nas quais a terceirização é um dos aspectos, embora, fundamental, figura, nos dias de hoje, no cerne da problemática da gestão dos serviços de saúde. Uma série de manifestações disfuncionais que se apresenta aos gerentes dos serviços e sistemas de saúde como a proliferação dos contratos e da burocracia para sua administração; o crescimento da concorrência e dos



conflitos entre grupos; a diminuição da disposição à cooperação entre profissionais e especialidades e entre o trabalho e a gerência; as crescentes dificuldades dos diretores e gerentes de serviços em gerenciarem a qualidade técnica e ética do trabalho profissional pela proliferação de núcleos atomizados de mando e decisão; a diminuição da participação e a perda do interesse dos trabalhadores na missão dos serviços de saúde; o descompromisso com a continuidade e a integridade dos cuidados de saúde; a desumanização do atendimento aos usuários; entre outras; decorre, em larga medida, da relativa escassez de critérios e da forma desordenada como vem sendo conduzida a terceirização dos serviços de saúde. Estas situações produzem crescente insatisfação dos usuários com relação à qualidade e à resolutividade dos serviços de saúde (Girardi, Carvalho & Girardi Jr. 2000)

Podemos dizer, também, que o processo de flexibilização da gestão do trabalho no setor saúde, no Brasil, tem implicações para além de seu aspecto gerencial. O primeiro ponto relevante diz respeito ao processo de precarização do trabalho que para o setor saúde se reveste de dupla face: de um lado, os próprios serviços de saúde são produtores dessa precarização, ou seja, contribuem para o aumento da desigualdade, exclusão e injustiça social e também, para o aumento de patologias típicas do trabalho e, por outro, têm de responder ao incremento da demanda provocado pela exclusão social e doenças ocupacionais (Cherchiglia, 1999). O segundo ponto relevante, nessa flexibilização no setor público de saúde, é o fato de se encontrar, no Direito brasileiro, inúmeros exemplos de situações que ou são frontalmente ilegais ou, pelo menos, estão em zona fronteira com a ilegalidade e a improbidade administrativa (Di Pietro, 1999).

Outro ponto a ser considerado é a utilização de incentivos financeiros ligados ou não a resultado. Exemplo paradigmático é o estudo realizado pelo Ministério da Saúde/Conass/Opas, em 1997, sobre a utilização de incentivos no âmbito das secretarias estaduais de saúde. As modalidades de gratificação, referidas por 14 das 22 secretarias,



foram: produtividade, complementação de carga horária, exercício de cargo de confiança, pós-graduação, interiorização e desempenho. Entretanto, a existência de um diversificado número de critérios adotados para concessão de incentivos financeiros e a ausência de coerência entre estes e os objetivos propugnados pela instituição, dificultam uma avaliação do grau de satisfação dos trabalhadores com o recebimento dos adicionais e de como sua adoção causou impacto nos serviços. Os resultados desse estudo reforçam a observação de que, em geral, os incentivos funcionam como forma de remuneração indireta para compensar baixos salários, não propiciando melhoria dos resultados finais e, em muitos casos, nem motivação para os trabalhadores (Ministério da Saúde/Conass/Opas, 1997). Além disso, algumas vezes os incentivos não têm sido aplicados aos quadros próprios, mas somente aos quadros paralelos. Esses quadros paralelos são criados através de formas variadas de terceirização, para o desenvolvimento de novos programas de atenção à saúde nos âmbitos comunitário, ambulatorial e hospitalar. O gestor vê-se na contingência de administrar essa situação de "anti-isonímia", tentando fazer com que os diferenciais de remuneração não inviabilizem o funcionamento dos serviços prestados pelos quadros internos.

Diante desse cenário de fragmentação institucional e de gestão do trabalho com diversos prestadores, trabalhadores com diferentes vínculos empregatícios e remuneração, indo desde profissionais de distintas esferas de governo, postos à disposição dos prestadores de serviço até contratos por serviços prestados, passando por terceirização generalizada e cooperativas, acarretando mais problemas à incipiente prática de gestão e gerenciamento dos serviços de saúde nas diversas instâncias governamentais, uma questão sobressai-se: "quais seriam as formas de relação de trabalho e de gestão da rede do SUS que sejam, simultaneamente, flexíveis do ponto de vista administrativo-financeiro, razoáveis do ponto de vista do interesse dos trabalhadores, que atendam aos interesses do cidadão-usuário dos serviços de saúde e que garantam um controle efetivo pela sociedade?"



Alguns pontos são fundamentais para se buscar uma adequada regulação da gestão do trabalho em saúde:

O primeiro, refere-se à necessidade de conhecer as leis para flexibilizar a política de Recursos Humanos para o SUS, pois, corre-se o risco de permitir que as irregularidades ora praticadas transformem-se em regras e, pior, cada um criando a sua. A criação de um espaço de liberdade, de manobra política e gerencial, por parte dos gestores do SUS, só pode ser obtido pela reforma da legislação vigente no que se refere, especialmente, à contratação de pessoal. Ademais, a flexibilidade obtida pela terceirização não deve prescindir da garantia de continuidade das políticas institucionais, que é dada pela existência de um núcleo permanente de funcionários estáveis e em exercício de funções típicas de carreira. Por outro lado, a vinculação de novo pessoal aos serviços ou programas do SUS, mesmo que em formas terceirizadas, deve-se manter sob as regras de impessoalidade e de comprovação nos processos seletivos, ou seja, da realização de concursos públicos, ainda que simplificados.

O segundo, seria a modificação na relação de trabalho dentro das instituições de saúde. Deve-se buscar uma relação de trabalho assentada numa perspectiva negociada-coletiva e de responsabilização no trabalho. As opções eficientistas de flexibilização, ou seja, a busca da eficiência "a qualquer custo", retira a possibilidade do engajamento participativo dos trabalhadores, condição necessária dos esquemas de produção de qualidade. Portanto, o objetivo deve ser o estabelecimento de intensa participação dos trabalhadores na reorganização do processo de produção e a introdução de mecanismos permanentes de negociação e de intercâmbios de informação entre a administração e servidores, além da definição conjunta de sistemas de remuneração vinculados ao desempenho de grupos ou setores. A responsabilização implica efetivo comprometimento do



trabalhador com a missão e os objetivos institucionais, ou seja, com as necessidades do cidadão-usuário.

Ademais da importância de uma gestão participativa, é essencial reconhecer a diversidade do mercado de trabalho em saúde e utilizar alternativas estratégicas adequadas na contratação de recursos humanos. Parece ser um fato irrefutável a existência de padrões claramente diferenciados para a contratação de serviços de pessoal da área de enfermagem e para a contratação do corpo médico. No primeiro caso a condição salarial é a regra, ao passo que para os serviços médicos prevalece a condição autônoma com participação importante, e provavelmente crescente, da condição terceirizada. A pergunta que fica sobre a adequação dos costumeiros instrumentos e métodos da gestão de pessoal e da chamada administração salarial que se adequa à "gerência" do pessoal da área de enfermagem, não pareceria pertinente para o caso dos serviços médicos, tendo em vista as aludidas condições que cercam a "contratação" da maior parte destes profissionais. Aparentemente, seria necessário combinar aspectos da administração de pessoal com instrumentos da gerência de contratos.

- O terceiro refere-se à criação e difusão de mecanismos de *empowerment* da sociedade, especialmente das associações de usuários e conselhos de saúde etc. O *empowerment* da sociedade seria resultante da redução da assimetria de informação entre usuário-cidadão e de suas associações e conselhos de saúde e os serviços de saúde aliada à participação efetiva dos mesmos na organização, definição de resultados e avaliação desses serviços. Esta participação deve impactar positivamente na qualidade e no acesso dos usuários às ações e serviços de saúde. Desta maneira, como propugna o Conselho Nacional de Saúde, as instâncias de controle social, como as Conferências e Conselhos de Saúde, seriam as formas apropriadas para as deliberações re-



ferentes a política de gestão do trabalho, salvo as de natureza estritamente gerenciais. Nesse aspecto, podemos dizer que o PSF e o PACS, projetos com base na comunidade são um avanço, pois têm conjugados, na maioria das equipes espalhadas no território nacional, esses dois aspectos.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Brasil 1988. Constituição Federal, art. 24, XII c.c., art. 30, II.
- Campos, F. E., Albuquerque, E. M. 1999. As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde: notas introdutórias para uma discussão. *Revista de Economia Contemporânea. Rio de Janeiro: Instituto de Economia da UFRJ.* v. 3, n. 2, p. 97-124.
- Cherchiglia, M. L. & Dallari, S.G. 1999. A reforma do Estado e o setor público de saúde: governança e eficiência. *Revista de Administração Pública – RAP,* v. 33, n. 5, p. 65-84.
- Cherchiglia, M.L. 1999. Terceirização do trabalho no serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: Lima, JC & Santana, JP (orgs) *Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde: CADRHU. Natal:OPS/OMS.* p. 367-385.
- Conselho Nacional de Saúde. 2000. Princípios e diretrizes para a NOB/RH – SUS. *Brasília: Ministério da Saúde. Junho, 32 p.*
- Costa, N.R. & Melo, M. A. C. 1998. Reforma do Estado e as mudanças organizacionais no setor saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* v.3, n.1.
- Freidson, E. 1994. The worker-controlled model
- Girardi, SN; Carvalho, C.L. & Girardi Jr, J.B. 2000. Formas institucionais da terceirização de serviços em hospitais da região sudeste do Brasil: um estudo exploratório "3 Congreso Latinoamericano de Sociología del Trabajo", Buenos Aires, Argentina, 17-20/05/2000 (Trabalho Completo, CD-ROM)
- Girardi, Sabado N.; Fernandes Jr., Hugo; Carvalho, Cristiana L. 1999. Demandas de Regulamentação Profissional no Legislativo: baixa eficácia nas relações entre o parlamento e grupos ocupacionais na área da saúde?. *Documento produzido para Ministério da Saúde; Dez. 1999. mimeo (30 p.)*
- Girardi, Sabado N.; 1999. A Regulação dos Recursos Humanos e a Reforma do Setor Saúde em países da América Latina. *Documento produzido para a Organização Panamericana da Saúde, Washington DC., Dez 1999 (mimeo. 53 pp.)*
- Girardi, S.N. 1998. A reforma regulatória do trabalho e das profissões de saúde: a política de recursos humanos que interessa para as reformas setorial e do Estado. In: *Brasil. Ministério da Saúde. Regulação e gestão de recursos humanos em saúde na perspectiva da reforma do Estado. 1ª ed. Brasília: Relatório Final.* p. 165-184.
- Di Pietro, M. S. Z. 1999. Parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquia, terceirização e outras formas. 3ª edição. São Paulo: Atlas
- Light, D. W. 1991. "Professionalism as a Countervailing Power: Commentary". *Journal of Health Politics, Policy and Law.* v. 16, n. 3
- Machado, M.H. & Belisário, S.A 2000. Os médicos e o mercado de trabalho. In: Canesqui, AM. (org.) *Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: Hucitec.* p.99-110.
- Mechanic, D. 1991. "Sources of Countervailing Power in Medicine". *Journal of Health Politics, Policy and Law.* v. 16, n. 3.;
- Ministério da Saúde. 1997. Situação sobre vínculo empregatício e incentivos no âmbito das SES- Informações consolidadas. 2ª ed. *Brasília: (mimeo).*
- Nogueira, R. P 1999. Reforma do estado, o SUS em reforma e os recursos humanos. In: Lima, JC & Santana, JP (orgs) *Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde: CADRHU Natal:OPS/OMS.* p. 66-81.
- Nogueira, R. P 1999. Política de recursos humanos para a saúde: questões na área da gestão e regulação do trabalho. In: Lima, JC & Santana, JP (orgs) *Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde: CADRHU Natal:OPS/OMS.* p. 443-450.





Ministério público: reforço do poder da cidadania e do controle social

Humberto Jacques de Medeiros

Procurador da República no Distrito Federal

O movimento sanitário brasileiro inscreveu na Constituição de 1988 o seu projeto de um sistema público de saúde capaz de assegurar a todos os cidadãos a plenitude do direito à saúde. Ao mesmo tempo, nos mesmos corredores da Assembléia Nacional Constituinte, um grande número de membros do ministério público lutava para inscrever no texto constitucional o seu projeto de uma instituição independente, autônoma, incondicionada e incumbida constitucionalmente de defender a ordem jurídica, o regime democrático e os interesses sociais e individuais indisponíveis.

As tensões do processo constituinte não permitiram que esses dois movimentos se aproximassem conscientemente quando da feitura do texto constitucional. Foi na dinâmica da sociedade que esses dois parceiros vieram a se encontrar. Talvez um marco visível dessa aproximação possa ser a instauração de inquérito civil público, pela procuradoria federal dos direitos do cidadão, em 1993, provocada por segmentos organizados do setor saúde. A identificação do Ministério Público como um canal para o equacionamento da crise aguda então vivida pela saúde, e a acolhida desse pleito pela procuradoria federal dos direitos do cidadão podem ser, hoje, lidos como um momento tão feliz da história quanto é o de um amor correspondido.

Àquela época, instalou-se inquérito civil público para a investigação do respeito ao direito do cidadão à saúde. Sobre o inquérito vaticinou o procurador federal dos direitos do cidadão que não se veria o horizonte de suas conclusões finais, fadado que estava à perenidade. O pioneirismo e a ousadia da Dra. Raquel Elias Ferreira Dodge, primeira



Procuradoria da República responsável pela investigação do direito à saúde dos cidadãos brasileiros, servem como referencial para a grande quantidade de promotores e procuradores do ministério público que enfrentam, hoje, os desafios da construção do sistema único de saúde.

O texto da constituição afirma que "ações e serviços de saúde são de relevância pública" (art. 197). A mesma constituição disse ser função institucional do Ministério Público "zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública a aos direitos assegurados nesta construção, promovendo as medidas necessárias a sua garantia" (art.129, inciso II).

A literalidade do texto constitucional impõe ao Ministério Público o cuidado com o sistema de saúde. Todavia, é da essência do Ministério Público a sua atuação dentro do sistema único de saúde.

102

A tarefa de defender a ordem jurídica determina que o Ministério Público exija o integral respeito da Lei nº 8.080 e da Lei nº 8.142.

A incumbência de defender o regime democrático não se restringe, para o Ministério Público, na tarefa de fiscalizar as eleições. O controle social, em especial na saúde, onde há sérias competências para os conselhos, é materialização e exercício do regime democrático. Não é possível ser defensor do regime democrático sem voltar sua atenção à existência, ao funcionamento e à efetividade das instâncias do controle social.

No que diz respeito à missão ministerial junto aos interesses sociais, o envolvimento do Ministério Público se deve não apenas por força dos reclamos da sociedade em favor da saúde, mas pela impossibilidade de termos o direito à saúde para algumas pessoas concedido e a outros negado. Ou toda a sociedade é saudável, ou não há saúde. Impossível a criação de ilhas individuais de saúde. Ou se assegura a todos o direito à saúde, ou inexistente saúde. Essa indivisibilidade da saúde



impõe ao Ministério Público a defesa do sistema criado para proteção do direito da cidadania à saúde.

Talvez a figura mais visível do Ministério Público seja o promotor fazendo um júri. O tribunal do júri é acionado sempre que existem crimes intencionais contra a vida das pessoas. Exige dos promotores um esforço sobre-humano, às vezes durando vários dias. Se uma vida tomada provoca tamanha reação do Ministério Público, o que dizer de um sistema incumbido de garantir a plenitude do direito à vida das pessoas (a saúde) e que, se mal administrado, pode retirar vidas?

Esses imperativos constitucionais levaram os membros do ministério público a crescentemente se envolverem em questões do Sistema Único de Saúde, ao mesmo tempo que a sociedade passou a buscar no Ministério Público solução para alguns dos seus anseios não respondidos pela administração do sistema de saúde.

A 10ª Conferência Nacional de Saúde destinou em um dos seus capítulos do relatório final uma seção inteira ao ministério público, dirigindo-lhe postulações:

1 Os Gestores do SUS e os Conselhos de Saúde devem exigir do Ministério Público a defesa do SUS e das demais políticas que atuam na ampliação e manutenção da qualidade de vida da população. Para isso, os participantes da 10ª CNS deliberaram por:

1.1 Defender que o Ministério Público exerça seu papel constitucional e social (conforme prevêem os arts. 129 e 197 da Constituição Federal), com a democratização do acesso a ele, a garantia da informação e o compromisso deste com a defesa dos interesses dos cidadãos;

1.2 Defender que o Ministério Público seja o tutor da legislação em saúde, da Assistência Social e do Estatuto da Criança e do Adolescente, fiscalizando sua implantação e sua execução nos setores público e privado, e tomando as providências cabíveis no caso de descumprimento do texto legal;



1.3 Responsabilizar o Conselho Nacional de Saúde por cobrar da Procuradoria Geral da República que exerça seu papel constitucional em relação ao Inquérito Civil Público nº 08100.005215/94-81, sobre o financiamento do SUS e ao Inquérito Civil Público nº 08100.007014/94-09, sobre a implantação e funcionamento do SUS, devendo divulgar os resultados parciais, encaminhar as medidas legais cabíveis e continuar com as apurações referentes aos mesmos;

1.4 Responsabilizar os Conselhos de Saúde por encaminhar a todos os membros do Ministério Público Federal e Estaduais, as Resoluções das Conferências Nacionais de Saúde (3ª, 8ª, 9ª e 10ª CNS), Normas Operacionais Básicas, Portarias, Instruções e Leis Complementares relativas ao SUS, bem como as resoluções dos Conselhos de Saúde, para que o Ministério Público fiscalize seu cumprimento;

1.5 Reivindicar ao Ministério Público a criação de Curadorias de Saúde (setor específico para cuidar das questões de saúde);

1.6 Propor ao Ministério Público a inclusão da legislação do SUS nos cursos preparatórios e exames de seleção de Procuradores e Promotores.

O Ministério Público, por sua vez, tornou público seu compromisso com o Sistema Único de Saúde em um pacto assinado por todos os Procuradores-Gerais de Justiça do Brasil, na cidade de Palmas, em 1998, que ficou conhecido como a "Carta de Palmas em Defesa do Direito à Saúde".

O Conselho Nacional de Procuradores Gerais de Justiça do Brasil, na reunião realizada em Palmas, Estado do Tocantins, de 7 a 8 de agosto de 1998, após longas e produtivas discussões votou e aprovou a seguinte

CARTA DE PALMAS EM DEFESA DA SAÚDE

Considerando que a saúde é direito fundamental de grande relevância social, previsto no Título II, art. 6º da Constituição Federal:



Considerando que a Saúde é direito de todos e dever do Estado nos termos do art. 196 da Constituição Federal;

Considerando que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, consoante disposição expressa do art. 197 da Constituição Federal;

Considerando que dentre as funções institucionais do Ministério Público, elencadas pelo art. 129 da Carta Magna, insere-se a de zelar pelos serviços de relevância pública, promovendo as medidas necessárias a sua garantia (art. 129, II):

Considerando o grande impacto das ações e serviços de saúde que devem assegurar acesso universal igualitário (art. 196):

Considerando que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade:

Considerando que a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) exige para atendimento de suas diretrizes, efetivo cumprimento das Leis Orgânicas da Saúde (Leis nºs 8.080/90 e 8.142/90):

- existência e funcionamento dos Conselhos de Saúde:
- existência e funcionamento dos Fundos de Saúde como sede dos recursos da Saúde:
- existência e cumprimento dos Planos de Saúde:
- convocação e respeito à autoridade das Conferências de Saúde:
- instalação e funcionamento do Sistema de Informações de Saúde:

Considerando os graves e inúmeros problemas na área da saúde em todo o País, com insuficiência, desvio ou



aplicação irregular de recursos, medicamentos falsificados, dentre outras inúmeras ilegalidades, com constantes escândalos de repercussão nacional e sacrifícios de vidas humanas;

Considerando finalmente que, na condição de fiscal da lei, ao Ministério Público incumbe exigir que a norma geral e abstrata seja concretizada por parte do Poder Público, na implementação efetiva e adequada do Sistema Único de Saúde (SUS);

Aprova as seguintes conclusões:

Ações Imediatas do Conselho Nacional de Procuradores Gerais de Justiça

1 – Instituir a "Comissão Permanente da Defesa da Saúde", no âmbito do Conselho Nacional, integrada por Procuradores Gerais de Justiça, Procuradores de Justiça, Promotores de Justiça e Procuradores da República convidados, visando assegurar a atuação do Ministério Público na tutela das relações da saúde.

2 – Instituir no âmbito da Comissão anteriormente prevista um Cadastro Nacional de Ações Cíveis Públicas ou Coletivas, bem como de termos de compromissos e ajustamentos de condutas, decorrentes da tutela da saúde.

3 – Efetivar o acompanhamento sistemático dos recursos relativos à saúde pública no País, obtendo todas as informações prévias do Ministério da Saúde, e a contrapartidas dos Estados e Municípios.

4 – Recomendar aos membros do Ministério Público efetiva fiscalização dos órgãos federais, estaduais e municipais, propugnando pela remessa aos Promotores de Justiça de peças informativas, autos de infração, laudos, exames, perícias e outros que proporcionem o conhecimento de ofensas aos direitos à saúde.



5 - Exigir a apresentação de relatórios de gestão em audiência pública, que deverá indicar o cumprimento de metas do Plano de Saúde, nos termos da Lei n.º 8.689/93 (art. 12).

6 - Remeter cópia da presente Carta a todos os membros do Ministério Público.

ORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL

7 - Ao Ministério Público dos Estados que assim ainda não procederam, recomendar:

a) ao Ministério Público dos Estados a instituição de Promotorias da Defesa da Saúde ou outros órgãos com atribuições equivalentes, nos moldes sugeridos pela 10ª Conferência Nacional de Saúde;

b) a criação de Procuradorias de Justiça especializadas na área de interesse coletivos, com regras de atuação específicas nos feitos, inclusive assegurando-se suporte técnico aos seus integrantes e operacionalização de mecanismos de interação com os Centros de Apoio e com membros das Promotorias de Justiça;

c) Instituição do "Fundo de Financiamento de Perícias e Pesquisas Técnicas", na estrutura organizacional de cada Ministério Público, com recursos oriundos de dotação orçamentária e de outras fontes.

É natural que por vezes se dirijam críticas à atuação do Ministério Público. Seus integrantes não são eleitos, como em alguns outros países. Nem sempre é tranqüilo para um membro do Ministério Público veicular o que seja o interesse da sociedade sem confundi-lo com os interesses de seu segmento de classe, com aqueles veiculados pela mídia ou por parcelas com maior poder de pressão. Por outro lado, o caráter não-eleitoral é comum a instâncias do controle social, e nem por isso essas são ilegítimas para o exercício de suas competências.

A Constituição atribui ao Ministério Público muitas tare-



fas além de zelar pelo Sistema Único de Saúde. Todo membro do Ministério Público possui uma enorme gama de tarefas para se desincumbir, tendo por vezes que eleger prioridades que não são sempre coincidentes com todos aqueles que reclamam sua atuação. De toda a forma, o Ministério Público sabe que não possui monopólios, a não ser o da ação penal pública. Em outras palavras, os cidadãos devidamente organizados não dependem do Ministério Público para a plena defesa de seus direitos.

Isso não se trata de transformar o Ministério Público em seguro de vida que se paga para ter mas se espera nunca usar. O que se quer evitar é o sério risco de um Ministério Público extremamente atuante produzir uma cidadania ausente, inoperante ou dependente. O Ministério Público é um parceiro da sociedade, não o seu intérprete, nem tampouco seu tutor. A sociedade não precisa de protetores, nem o Ministério Público pode se propor a isso sob pena de destruir a cidadania, abalar o regime democrático, e descumprir a ordem jurídica.

O Ministério Público, para o sistema de saúde, é um potencializador do controle social e um reforço da cidadania. Não é o Ministério Público um substituto da cidadania, nem alternativa ao controle social.

Na tarefa de exigir respeito à Lei nº 8.080 e à Lei nº 8.142, o Ministério Público é um entusiasta do exercício pleno das competências dos conselhos de saúde. É nesses foros que a cidadania ganha voz para influir nos rumos da administração do Estado. A trilha aberta pela saúde é o caminho que todos os demais setores sociais percorrerão para a construção do Estado Democrático de Direito.

Conselhos fortes e eficientes significam um controle social eficaz e capaz de, por seus próprios esforços, fazer cumprir a lei e a Constituição. Nos espaços de controle social a cidadania ganha mais corpo e consciência da dimensão do seu papel histórico de fazer verdade todos os sonhos sociais inscritos no texto da Constituição.



A Constituição do Estado Democrático de Direito projeta um desenho de Estado comprometido tanto com a liberdade das pessoas quanto com a promoção da igualdade material. A maneira de termos um Estado forte o bastante para conduzir políticas equalizadoras, mas ao mesmo tempo incapaz de atentar contra as liberdades das pessoas, é justamente o exercício pleno da pretensão de controle social sobre toda e qualquer parcela de poder, quer estatal, quer não-estatal.

Esse fenômeno faz com que, presentemente, os poderes dos governantes, dos empresários, dos proprietários, dos fornecedores de bens, dos pais, dos governos estrangeiros, das instituições e de quem quer que detenha qualquer parcela de poder sejam objeto de processos sociais, formais ou informais, de controle. A redemocratização no Brasil passou pela aquisição da consciência de que todo aquele que possui algum poder deve aproximar-se dos destinatários de suas decisões, deve ouvi-los e legitimar-se com eles, uma vez que não possui liberdade plena e irrestrita quanto ao conteúdo de suas decisões.

109

A cidadania na saúde começa na descoberta de que as ações e serviços de saúde não são um favor ou ato de caridade, mas sim um direito constitucionalmente exigível e para cujas ações todos colaboram por intermédio de tributos denominados contribuições sociais.

A cidadania na saúde progride quando descobre que além do direito à saúde existe o direito à participação nos foros de controle social do Sistema Único de Saúde. Esse direito significa que os cidadãos podem e devem, entre outras competências, controlar a formulação das políticas; avaliar a adequação dessas políticas e nelas influir; fiscalizar as ações de execução; zelar pelos recursos públicos; apreciar as prestações e demonstrações de cumprimento das metas pelo gestores; e, quando o caso, acionarem as instâncias reguladoras e sancionatórias.

O exercício pleno da cidadania passa pela auto-afirmação cidadã, sem dependência de iniciativas alheias.

A cidadania no controle social deve exigir o direito constitucional (art. 5º, XXXIII) a "receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado".

Toda autoridade tem que responder às indagações em um prazo de quinze dias¹, ou já se torna responsabilizável politicamente ou judicialmente. O silêncio da autoridade volta-se contra ela, ao ponto de permitir a propositura, sem outras provas, de ação popular², ao alcance de qualquer cidadão em dia com suas obrigações eleitorais.

Há que se ter uma cidadania vigilante para impor o respeito a seu direito de participação direta na administração do sistema de saúde, fazendo com que as instâncias do SUS apreciem "as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviços de

¹ Lei nº 9.051

Art. 1º As certidões para a defesa de direitos e esclarecimentos de situações, requeridas aos órgãos da administração centralizada ou autárquica, às empresas públicas, às sociedades de economia mista e às fundações públicas da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, deverão ser expedidas no prazo improrrogável de quinze dias, contado do registro do pedido no órgão expedidor.

Art. 2º Nos requerimentos que objetivam a obtenção das certidões a que se refere esta lei, deverão os interessados fazer constar esclarecimentos relativos aos fins e razões do pedido.

Lei nº 4.717.

Art. 1º Qualquer cidadão será parte legítima para pleitear a anulação ou a declaração de nulidade de atos lesivos ao patrimônio da União, do Distrito Federal, dos Estados, dos Municípios, de entidades autárquicas, de sociedades de economia mista (Constituição, art. 141, § 38), de sociedades mútuas de seguro nas quais a União represente os segurados ausentes, de empresas públicas, de serviços sociais autônomos, de instituições ou fundações para cuja criação ou custeio o tesouro público haja concorrido ou concorra com mais de cinquenta por cento do patrimônio ou da receita anual, de empresas incorporadas ao patrimônio da União, do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios, e de quaisquer pessoas jurídicas ou entidades subvencionadas pelos cofres públicos.

§ 4º Para instruir a inicial, o cidadão poderá requerer às entidades, a que se refere este artigo, as certidões e informações que julgar necessárias, bastando para isso indicar a finalidade das mesmas.

§ 5º As certidões e informações a que se refere o parágrafo anterior, deverão ser fornecidas dentro de 15 (quinze) dias da entrega, sob recibo, dos respectivos requerimentos, e só poderão ser utilizadas para a instrução de ação popular.

§ 6º Somente nos casos em que o interesse público, devidamente justificado, impuser sigilo, poderá ser negada certidão ou informação.

§ 7º Ocorrendo a hipótese do parágrafo anterior, a ação poderá ser proposta desacompanhada das certidões ou informações negadas, cabendo ao juiz, após apreciar os motivos do indeferimento, e salvo em se tratando de razão de segurança nacional, requisitar umas e outras; feita a requisição, o processo correrá em segredo de justiça, que cessará com o trânsito em julgado de sentença condenatória.



atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços: II - o acesso dos usuários a registros administrativos e a informações sobre atos de governo, observado o disposto no art. 5º, X e XXXIII; III - a disciplina da representação contra o exercício negligente ou abusivo de cargo, emprego ou função na administração pública." (Constituição, art. 37, § 3º)

A cidadania deve exigir o acesso a informações e orientações sobre as condições de saúde, sua e da municipalidade, e sobre o sistema³. Ao mesmo tempo que se respeita a Constituição, art. 37, § 1º, "a publicidade dos atos, programas, obras, serviços e campanhas dos órgãos públicos deverá ter caráter educativo, informativo ou de orientação social, dela não podendo constar nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal de autoridades ou servidores públicos."

É tarefa cidadã exigir que as contas municipais fiquem sessenta dias, anualmente, à disposição de qualquer contribuinte, para exame, apreciação e questionamento de legitimidade (Constituição, art. 31, § 3º). Bem como que se cumpra a prestação de contas municipal trimestral da saúde.⁴ A omissão, entre outras reações cidadãs, permite que se ajuíze ação de prestação de contas⁵, exigindo a exibição em cinco dias, sob pena de o cidadão apresentar a sua versão das contas e cobrar, por execução forçada, o saldo faltante (Código de Processo Civil, arts. 914 a 919).



³ Lei nº 8.080:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VIII - participação da comunidade;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

⁴ Lei nº 8.689/93, Art. 12 – *O gestor do Sistema Único de Saúde em cada esfera de Governo apresentará, trimestralmente, ao conselho de saúde correspondente e em audiência pública nas Câmaras de Vereadores e nas Assembleias Legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada "*

⁵ Lei nº 5.869/73 (Código de Processo Civil) :



As associações possuem, qual o Ministério público, o poderoso instrumento da ação civil pública para a postulação judicial da defesa de direitos de toda coletividade.

Esses pequenos exemplos prestam-se a reafirmar que os direitos existem porque se encontram escritos em normas, porque há remédios jurídicos para sua exigência e porque a cidadania os conhece, os afirma, e os exige. Desde Roma antiga, na origem do sistema jurídico que temos, já se afirmava que "o direito não socorre aos que dormem".

Uma cidadania adormecida, pois, não possui direitos.

Há uma distância que separa o funcionamento do Sistema Único de Saúde e a punição de faltosos. As mais fortes sanções judiciais - ação criminal e ação de improbidade⁶ - passam inegavelmente pela iniciativa do Ministério Público.

Porém, muito mais produtivo que gastar toda energia na punição dos fraudadores é investir na instalação do sistema preconizado na Constituição e nas leis orgânicas da saúde, cujo modelo é muito menos suscetível de atentados ao patrimônio público por conta da proximidade e visibilidade com a cidadania.

Não raro, os membros do Ministério Público, provocados, saem à cata das sanções mais graves, nos processos mais pesados. Isso se dá, entre outros motivos, porque o excesso de trabalho faz com que o Ministério Público priorize o que é mais grave. Todavia, em alguns lugares onde foram afastados gestores, seus sucessores repetiram o erro, às vezes apenas com mais cuidado para ser mais difícil uma outra condenação judicial.

A questão passa pelo desafio da construção de uma nova cidadania. Não apenas a que sabe ter direito à saúde e o direito à participação no funcionamento do sistema de saúde; mas

⁶ *Constituição, art. 37. § 4º - Os atos de improbidade administrativa importarão a suspensão dos direitos políticos, a perda da função pública, a indisponibilidade dos bens e o ressarcimento ao erário, na forma e gradação previstas em lei, sem prejuízo da ação penal cabível.*



também a cidadania que descobre que possui um dever de cuidar de sua própria saúde e o dever de agir conseqüente e responsabilmente dentro das instâncias de controle social.

De um lado, não se deve esperar o último momento para ir ao Ministério Público, quando o problema já adquiriu grandes dimensões, porque nada se fez autonomamente, com eficácia, até então. De outro lado, não se pode atacar somente as conseqüências, sem o enfrentamento das causas e a ousadia na busca de vários instrumentos jurídicos.

A transferência dos conflitos do sistema de saúde para o sistema de justiça (Ministério Público e Magistratura) é garantia apenas de imparcialidade e de isenção, nunca de acerto, necessariamente. Aqueles envolvidos nas tensões da organização do sistema são extremamente mais qualificados para acharem a solução adequada. A "terceirização" da solução de problemas pelo judiciário não é garantia de progresso para o sistema; pelo contrário, correm-se riscos .

Nas diferenças entre gestores e conselhos, por exemplo, de nada adianta buscar-se um desempate no Ministério Público ou no Judiciário se não foi suficiente amadurecido o conflito, sem terem sido esgotadas todas as teses e todos os argumentos no diálogo do controle social.

Decisões de conselhos de saúde que externam as razões, as causas, a importância, a relevância, a necessidade e a imperiosidade da adoção de certas medidas ou opções obrigam que gestores, para não as adotarem, produzam arrazoado igualmente fundamentado em sentido contrário.

Ministério Público e Judiciário não têm condições de escolher entre gestor e conselho, mas podem, com relativa tranquilidade, pesar as razões do conselho e as razões do gestor. então.

Todavia, antes mesmo de os conflitos chegarem à exaustão, o Ministério Público pode-se prestar como uma instância para reabertura do diálogo, de conciliação, de mediação ou de qualificação do debate.



Por vezes o Ministério Público postula, antes de ir ao judiciário, perante o administrador a adoção de medidas para tornarem-se efetivos direitos constitucionais do cidadão e cumprirem-se ações de execução de políticas públicas. Extremamente mais fácil ao ministério público fazê-lo quando lastreado em decisão fundamentada de conselho de controle social. O Ministério Público Federal, partindo de decisões do Conselho Nacional de Saúde, levou a que o Ministério da Saúde desencadeasse um robusto programa nacional de qualificação do controle social com iniciativas de capacitação e treinamento.

Há lugares onde a incipiência do controle social exige do Ministério Público uma atenção especial. Há lugares onde seu crescimento faz com que o próprio Ministério Público e também o Judiciário passem a se tornar alvo dessa mesma pretensão de controle social.

114

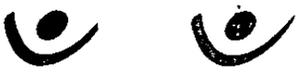
Por vezes, gestor federal e Procuradoria da República se encontraram em lados antagônicos. Noutras oportunidades, um espectador externo pode assistir a um encontro de um "ministério da saúde pública" com um "ministério público da saúde".

Existe um tarefa de qualificarmos todos – sociedade e estado – para o desafio da realização da constituição. A democracia vai sendo internalizada em nossa cultura. A cada dia cidadãos, Ministério Público e gestores aprendem mais uns com os outros. Esses atores do Sistema Único de Saúde vão se aperfeiçoando em seus papéis, conhecendo-se, aproximando-se e dialogando em um Estado Democrático de Direito.

Há uma história de cidadania e uma história de Ministério Público se fazendo dentro do movimento sanitário. São processos sociais e históricos espontâneos e não controláveis. Do mesmo modo como se conquistam – não se obrigam – pessoas para a luta pela cidadania, conquistam-se membros do Ministério Público para a luta sanitária. Em comum ainda, a irreversibilidade daqueles que ingressam



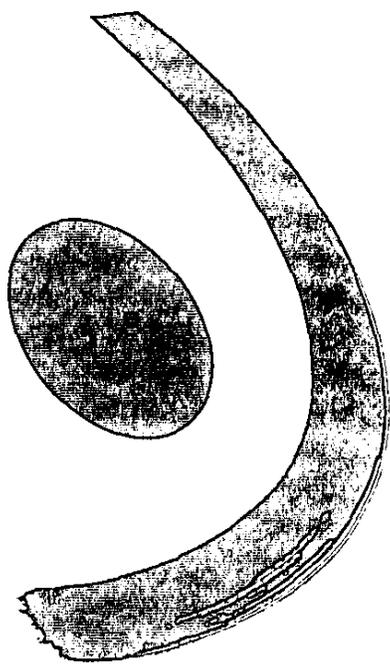
nessa história, que tem seus equívocos, suas tensões, suas
contradições, mas é apaixonante e sem volta, sem retorno e
sem retrocesso.





Tema II

**Financiamento e
responsabilidades
das 3 (três) esferas
político-administrativas
para garantir o
acesso, qualidade
e humanização à saúde,
com controle social**





O financiamento da atenção à saúde no Brasil

Rosa Maria Marques e Áquilas Mendes¹

1. O Gasto Público

1.1. O nível do gasto e a participação das esferas de Governo

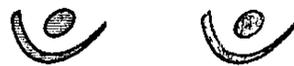
No período 1994/96, o Gasto Público em Saúde (GPS), segundo origem de recursos², aumentou 14,5%. Essa expansão foi devida basicamente ao esforço dos Municípios, cuja participação no financiamento cresceu 84,7%. Historicamente, o financiamento do GPS sempre foi largamente financiado por recursos de origem federal, seguidos, em ordem de importância, pelo aporte estadual e municipal. No período 1980/90, por exemplo, o Governo Federal foi responsável por 77,7% do GPS. Nos anos 1994, 1995 e 1996, essa participação foi de apenas 60,7%, 63,8% e 53,7%, respectivamente. Embora em menor proporção, também a contribuição da esfera estadual apresentou redução nesse mesmo período (de 22,1% para 18,5%). Além disso, enquanto percentual da receita disponível, o gasto estadual também registrou decréscimo (9,7%; 7,8% e 7,31)³. Já o concurso dos municípios aumentou significativamente, de 17,2% para 27,8%. (Tabela 1 A).

No mesmo período, o gasto público *per capita* mais que dobrou, passando de R\$ 154,77 para R\$ 173,52. Em relação

¹ Professora associada do Departamento de Economia da FEA/PUCSP e presidente da Sociedade Brasileira de Economia Política (SEP); professor do Departamento de Economia da FAAP/SP e técnico do Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal - CEPAM.

² O GPS com base na origem dos recursos contabiliza as transferências intergovernamentais e os pagamentos dos serviços pela rede própria estadual e municipal, registrando-as como dispêndio da instância transferidora. Para maiores detalhes sobre essa metodologia, consultar PIOLA e BIASOTO (2000).

³ Para a receita disponível utilizou-se BNDES/Banco Federativo/Termômetro Fiscal.



ao PIB, o esforço direcionado à saúde pública permaneceu praticamente constante, um pouco acima de 3%. (Tabela 1 B).

Anos	Federal	%	Estadual	%	Municipal	%	Total
1994	18.349.164	60,7	6.688.755	22,1	5.204.570	17,2	30.242.489
1995	21.759.610	63,8	6.402.088	18,8	5.945.093	17,4	34.106.791
1996	18.610.937	53,7	6.417.755	18,5	9.613.511	27,8	34.642.204

Fonte: SIAFI/SIDOR para Gasto Federal; IBGE/DECNA para Gasto Estadual e Municipal. Elaboração: IPEA/DISOC

Ano	Per Capita				% do PIB			
	Federal	Estadual	Municipal	Total	Federal	Estadual	Municipal	Total
1994	93,91	34,24	26,65	154,77	2,00	0,73	0,57	3,3
1995	109,87	32,33	30,01	172,21	2,18	0,64	0,59	3,4
1996	93,22	32,14	48,15	173,52	1,71	0,59	0,88	3,2

Fonte: SIAFI/SIDOR para Gasto Federal; IBGE/DECNA para Gasto Estadual e Municipal. Elaboração: IPEA/DISOC

Nota: Estes valores *per capita* representam apenas uma atualização pelo IGP de dezembro 99 dos valores *per capita* apresentados pelo IPEA/DISOC.

1.2. O gasto federal: prioridades, estratégia de financiamento, grau de descentralização e equidade.

Nos dois últimos anos, o gasto do MS registrou queda. O nível de 1999 sequer pode ser equiparado ao de 1995 (1.3% menor), resultando em um gasto *per capita* de R\$ 111,00 (Tabela 2).



Anos	Gasto	Per capita	% do PIB
1993	12.534	83	2,11
1994	12.728	83	2,15
1995	18.196	117	2,31
1996	15.791	100	1,85
1997	18.958	119	2,14
1998	17.268	107	1,94
1999	17.960	111	2,06

Fonte: SIAFI/Sidor - in Piola & Biasoto Jr. (2000).

No período 1997/99, quando se analisa o gasto do MS por subprograma verifica-se que a Assistência Médica e Sanitária perdeu importância relativa em relação aos demais. Em 1993, o gasto destinado a essa rubrica representava 72,1% da despesa do Ministério da Saúde (MS); em 1999, apenas 63,7%. Foram basicamente beneficiados Profiláticos e Terapêuticos (passou de 4,2% para 5,9%), Encargos e Pensionistas da União (de 7,3% para 9%) e outros (de 11%



para 14,5%) (Tabela 3). É no interior de Assistência Médica e Sanitária, contudo, que se observa a ocorrência de maiores alterações, que refletem a mudança de política do Governo Federal em relação à saúde.

A alteração da política foi consubstanciada nas NOB 93 e 96. Os recursos federais destinados para custeio da Assistência Hospitalar e Ambulatorial passaram, em grande parte, a ser transferidos a Estados e Municípios de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais.

Tabela 3 – Ministério da Saúde
– Distribuição do gasto por subprograma (1993-1999)
Em porcentagem

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Assistência Médica e Sanitária	72,1	59,4	55,9	61,8	59,5	62,8	63,7
Controle de Doenças Transmissíveis	4,2	2,3	1,8	1,0	2,5	2,5	3,2
Vigilância Sanitária	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,3
Profiláticos e Terapêuticos	4,2	3,0	3,5	2,4	3,8	4,1	5,9
Alimentação e Nutrição	0,3	0,4	0,9	0,2	0,5	0,3	0,7
Saneamento	0,3	0,5	0,4	0,4	0,8	1,4	1,1
Encargos e Pensionistas da União	7,3	7,1	8,8	10,3	8,4	10,0	9,0
Dívida	0,5	2,8	9,0	3,4	8,5	3,2	0,8
Outros	11,0	24,4	19,7	20,4	15,9	15,5	14,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Sisa/Sidor – in Piola & Biasoto Jr., (2000).

Os pagamentos realizados pelo MS – relativos a internações hospitalares e atendimento ambulatorial – que representavam 71,3% dos recursos federais em saúde em 1997, caíram para 45,9% em 1999. As transferências para média e alta complexidade aumentaram de 28,7% para 32,8% e as transferências para a atenção básica passaram a absorver 21,35% dos recursos em 1999, refletindo a implantação da NOB/96 a partir do ano de 1998. Dentro das transferências para média e alta complexidade, destaca-se a assistência hospitalar e ambulatorial (31,6%): os recursos destinados a gestantes de risco, câncer de colo uterino, transplantes, cirurgia de catarata, cirurgia de mama, entre outras intervenções, absorveram apenas 1,13% dos recursos federais, em 1999. Na atenção básica, 15,3% foi dirigido ao PAB fixo, 5,5% ao PAB variável e 0,3% aos demais programas. (Tabela 4).



A perda de participação relativa das internações hospitalares e do atendimento ambulatorial não significa que o MS tenha destinado menos recursos a esse tipo de ação, pois os pagamentos realizados pelo Ministério aumentaram 22% entre 1997 e 1999. Contudo, enquanto internações hospitalares receberam 44% a mais de recursos, o atendimento ambulatorial contou com apenas mais 3%. Mesmo assim, quando se compara a evolução dos pagamentos realizados pelo MS, das transferências para a média e alta complexidade e das transferências destinadas à atenção básica, verifica-se que houve uma clara priorização dessas duas últimas. Média e Alta Complexidade (assistência hospitalar e ambulatorial) registrou um aumento de 161% e os recursos federais destinados para a atenção básica passaram a representar, em apenas dois anos, 21,3% do total dos recursos gastos em saúde pelo MS.

Vale lembrar que o MS realiza o pagamento referente à internação hospitalar e atendimento ambulatorial diretamente aos diferentes prestadores, contra apresentação de fatura. Isso ocorre quando o Município e/ou Estado não conquistaram nenhum tipo de habilitação junto ao SUS ou quando são habilitados somente à atenção básica.

As transferências para alta e média complexidade são realizadas de duas formas: se o Município e/ou Estado forem habilitados na gestão plena do sistema, o repasse é realizado fundo a fundo; se somente à atenção básica, mediante pagamento direto do MS aos prestadores, contra apresentação de fatura. Já as transferências para atenção básica são realizadas da seguinte forma: através de repasse automático com base em um *per capita* de R\$ 10.00 ano (PAB fixo); ou de transferências que visam incentivar determinados programas, tais como saúde da família e agentes comunitários (PAB Variável). No caso dos Municípios não terem nenhum tipo de habilitação, os recursos destinados à atenção básica são transferidos para os Estados. O repasse em outros é efetuado mediante a celebração de convênios.



Tabela 4 – Recursos Federais do SUS – por tipo de despesa (1997-1999)
Em porcentagem

Tipo de Despesa	1997	1998	1999
Pagamentos Federais	71,34	55,31	45,88
.. Intern. Hosp. (MS)	33,10	29,00	25,11
.. Atend. Ambul. (MS)	38,24	26,31	20,76
Transferências - Alta e Média Complexidade	28,66	29,01	32,77
.. Ass. Hospit/Ambulat	22,97	26,70	31,64
Fator de Recomposição	5,68	1,93	-
Outros	-	0,38	1,13
Transferências - Atenção Básica	-	15,68	21,35
.. PAB Fixo	-	13,30	15,54
.. PAB Variável	-	2,38	5,52
Outros	-	0,00	0,30
Total	100,00	100,00	100,00

Fonte: Datasus

Por sua vez, o acompanhamento da distribuição do gasto do MS, por categoria econômica, permite se verificar o grau de descentralização dos recursos federais. As transferências a Municípios, que representavam 1,7% do gasto em 1993, passaram a 24% em 1998. É interessante observar que, com exceção de 1994 e 1997, a participação relativa de Transferências a Municípios praticamente dobrou a cada ano (Tabela 5).

A leitura dessa tabela não permite se apreciar qual foi o real esforço realizado pelo Governo Federal no campo do investimento. Embora tenha-se mantido em 0,8% o gasto do MS em investimento, o Governo Federal firmou um acordo de financiamento (Reforma à Reorganização do Sistema Único de Saúde – REFORSUS) entre o MS, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial (BM) visando a recuperação física e tecnológica da rede de serviços e o desenvolvimento da capacidade de gestão do sistema do SUS. Os recursos da Reforsus foram dirigidos em grande medida à rede hospitalar, embora o Programa da Saúde da Família, a Hemorrede e o Lacens também tenham sido beneficiados. Em termos de recursos, em 1996, foram mobilizados 402 milhões de reais de dezembro de 1999, o que correspondeu a R\$2,58 *per capita*. Desses, 44,4% foram destinados a quatro Estados: São Paulo (15,9%), Bahia (11,12%), Minas Gerais (10,13%) e Rio de Janeiro (7,22%). Apesar dessa concentração, o investimento *per capita* realizado nesses Estados correspondeu a

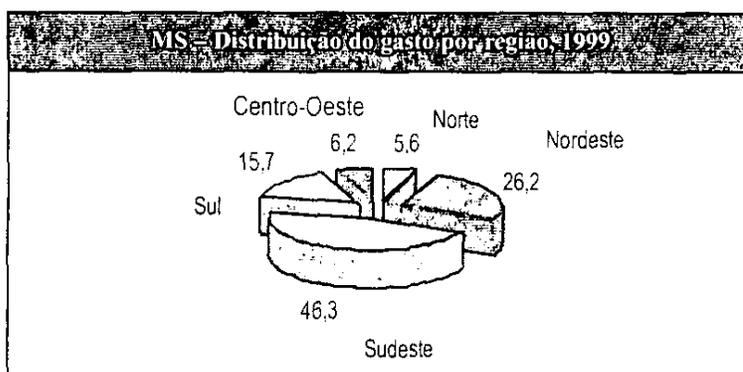
RS1,91; RS3,54; RS2,47; RS2,18). Com exceção do ocorrido na Bahia, foram abaixo da média nacional.

Em termos de distribuição geográfica, também o gasto com saúde realizado com recursos federais mostra uma grande concentração. A maior parte é destinada à região Sudeste, seguida do Nordeste e do Sul do País. No período DE 1997 a 1999, a região Nordeste teve sua participação no gasto realizado pelo MS aumentada (de 23,6% para 26,2%), com perda relativa da região Sudeste (de 48,9% para 46,3%). O gráfico 1 apresenta a distribuição por região do gasto realizado com recursos federais em 1999.

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Pessoal	17,9	21,8	16,5	16,5	13,2	12,8
Outras Despesas Correntes	64,5	59,7	54,7	55,4	52,3	42,3
Investimentos	0,8	1,5	1,4	0,6	0,8	0,8
Amortização, Juros e Encargos, Dívida	0,5	2,8	9,0	3,4	8,5	3,2
Inativos e Pensionistas	7,3	7,4	8,8	10,3	8,3	9,9
Transferências Estados e DF	5,4	2,4	2,6	1,3	2,1	3,3
Transferências Municípios	1,7	2,3	5,3	10,6	12,8	24,0
Outros	2,0	2,1	1,7	1,8	2,0	3,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Siani Sidor - Piola & Biasoto Jr., (2000).

Gráfico 1



1.3. O Financiamento do gasto federal.

O financiamento do gasto em saúde realizado com recursos federais é fundamentalmente apoiado em contribuições. Em 1999, 62,9% dos recursos tinham essa origem. Essa participação já foi maior (70,7% em 1997), estando em queda nos dois últimos anos.



Em 1999, a contribuição que mais aportou recursos foi a Cofins (26,8%), que tomou o lugar assumido pela CPMF em 1997 e 1998. Isso porque os recursos da CPMF alocados em saúde apresentaram uma queda de 30,7% em relação a 1998. Em 1996, quando não havia ainda a CPMF, a fonte Cofins representava 40,5% dos recursos. No momento em que o MS passou a contar com a CPMF, menor volume de recursos da Cofins foram transferidos para a saúde (-53% em 1997). A evolução da participação dessas fontes no financiamento federal da saúde indica uma certa instabilidade, não estando claramente definido qual é sua principal base de sustentação (Tabela 6).

Tabela 6 - Ministério da Saúde
- Distribuição das fontes de financiamento (1996-1999)
Em porcentagem

Fontes	1996	1997	1998	1999
Recursos Ordinários	-	0,7	9,3	14,6
CEP para Rec. de concessões/perm.	0,4	0,9	-	3,3
Titulos Tesouro	3,4	3	0,5	0
Oper. Crédito Inter. - Moeda	8,4	-	-	-
Oper. Crédito Exter. - Moeda	0,8	0,5	1,1	0,6
DPVAT	2,1	2,1	2,5	3
Contribuições Sociais	64,5	70,7	66,8	62,9
Contrib. S/Lucro Pessoa Jurídica	21,1	24,1	7,7	12,9
Cofins	40,5	15,4	23,7	26,8
CPMF - 80%	-	31,2	35,3	23,2
Contrib. Plano Seg. Social Servidor	2,9	-	0,1	-
Doações Intern. Contrap.	0,3	0,1	-	-
Fundo de Estabilização Fiscal	15,3	19,1	10,4	11,8
Receitas de Restos a Pagar	2	0,3	-	-
Rec. Darf Sem Transf. Finn.	2,7	2,5	2,5	-
Recursos Diret. Arrecadados	0,1	0,1	-	-
Trtn - Refinanciamento	-	-	0,3	0,5
Trtn - Outras Aplicações	-	-	0,2	0,3
Contrapartida Nacional	-	-	0,1	0,2
Divida amortizada pela STN	-	-	6,3	-
Rendas do FNS-SVS	-	-	-	0,1
Receitas de Restos a Pagar	-	-	-	2,7
Total de Receitas	100	100	100	100

Fonte: MS - Subsecretaria de Planejamento e Orçamento - Coord. Geral de Orçamento e Finanças

Além disso, não é de menor importância o fato de as contribuições terem diminuído sua presença no financiamento em quase oito pontos percentuais. Como é sabido, parte da arrecadação da Cofins e da Contribuição sobre o Lucro tem sido crescentemente transferida para a Previdência Social. Essa realidade torna o financiamento da saúde em nível federal ainda mais incerto e dependente das demais fontes de financiamento.



1.4. Perspectivas do financiamento com a Emenda Constitucional nº 29

A Emenda Constitucional nº 29 define que os Estados e Municípios devem aplicar em saúde 12% e 15%, respectivamente, das receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais. Se em 2000, os Estados e Municípios não estiverem aplicando esses níveis de gasto, deverão alocar, pelo menos, 7% dessas receitas, sendo que o percentual crescerá anualmente até atingir, para os Estados, 12% em 2004 e, para os Municípios 15%. Quanto à União, fica definido: para o primeiro ano, o aporte de pelo menos 5% a mais em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior é corrigido pela variação do PIB nominal. Não fica explícita, contudo, a origem dos recursos do aporte federal.

Segundo estudo recente do Cepam/SP, os Municípios paulistas já aplicavam, em 1997, (16,2%), percentual superior ao exigido na EC nº 29. Essa realidade não é restrita aos Municípios paulistas. De acordo com o Sistema de Informações sobre o Orçamento Público em Saúde – SIOPS, em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde junto a 1.500 Municípios, em 1998, o percentual destinado à saúde foi de 15% das receitas de impostos e transferências constitucionais. Isso demonstra que, para os Municípios, a vinculação de recursos não alterará o quadro do financiamento da saúde.

No caso dos Estados, considerando que sua maioria vem destinando 6% de suas receitas de impostos e transferências constitucionais para a saúde, de fato a EC nº 29 ampliou sua participação. Já em relação ao aporte do Governo Federal, a Emenda é omissa em relação às contribuições da Seguridade Social (Cofins e Contribuição sobre o Lucro Líquido – CSLL), desconsiderando a atual disputa por seus recursos criada pela situação da Previdência Social⁴. Isso, tal como dito anteriormente, pode tornar o gasto em saúde realizado

⁴ Para maiores detalhes sobre a trajetória do financiamento da saúde e seu conflito com as demais áreas do Orçamento da Seguridade Social, especialmente a previdência, ver MARQUES e MENDES (1999).



com recursos federais mais dependente do Tesouro Nacional e de negociações junto à esfera econômica federal.

Na hipótese da EC nº 29 ser estritamente aplicada, espera-se que, em 2001, o gasto público em saúde atinja R\$40,4 bilhões. Destes, R\$22,2 bilhões corresponderiam à esfera federal, R\$7,7 bilhões aos governos estaduais e R\$10,5 bilhões aos municipais⁵.

2. Financiamento e gasto Privado

O mercado de serviços privados de saúde é composto por quatro segmentos: *a*) beneficente filantrópico – dirigido a clientela abertas e fechadas. Nele destacam-se as Santas Casas de Misericórdia, que em boa parte é vinculada ao SUS através de convênios de prestação de serviços; *b*) privado – contratado pelo SUS para atender uma clientela indiferenciada: constitui-se de: clínicas ambulatoriais e de exames complementares para diagnóstico e hospitais lucrativos e filantrópicos; *c*) assistência médica concedida pelas empresas que, por meio de distintas modalidades, atendem clientelas específicas do mercado formal de trabalho; *d*) assistência médica paga pelas famílias onde essas voluntariamente compram os serviços diretamente dos prestadores ou acabam estabelecendo contratos por meio de planos e seguros de saúde.

Esses dois últimos segmentos, à exceção de uma parcela da rede hospitalar, não mantêm qualquer tipo de vínculo com o SUS. Essa tendência predomina na sua fração mais expressiva, isto é, aquela representada pelo Sistema de Assistência Médica Suplementar.

⁵ Para o gasto federal de 2000, considerou-se o orçamento empenhado em 1999 acrescido de 5%; para 2001, 4% de crescimento do PIB nominal. Para o gasto estadual de 2000, considerou-se constante a taxa de crescimento da receita disponível e adotou-se, para o gasto em saúde, uma participação de 7%. Para 2001, o percentual adotado foi de 8%, conforme a EC nº 29. Já para o gasto municipal, como há evidências que essa esfera de Governo contribui com 15% de sua receita disponível, adotou-se como base um dispêndio constante – 9% superior a 1996. Embora essa projeção possa ser considerada conservadora, aumenta, em termos relativos, a participação dos Municípios no total do gasto público em saúde de 27,8% para 28,17%.



Os serviços privados de saúde constituem uma forma de "assistência médica suplementar". Estimativas de 1996 indicam que seus serviços atendem a 27% da população (42,3 milhões de beneficiários), movimentando R\$ 16,3 bilhões a preços de dezembro de 1999 (US\$ 14,8 bilhões) anuais. Dispõem de aproximadamente 358 mil leitos em 4.300 hospitais e 120 mil médicos (Abrange, 2000).

2.1. – Perfil do Gasto das Empresas do Sistema de Assistência Médica Suplementar

Segundo a Constituição de 1988, no art. 199, § 1º, o sistema de assistência médica suplementar deveria ser denominado "sistema complementar". Esse sistema concentra as principais formas institucionais de compra e venda de serviços privados de assistência médica, sendo, basicamente: medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão e seguro saúde⁶ (Tabela 7).

Tipo	Nº de Empresas	Nº de Segurados/Assoc	%
Medicina de Grupo (2)	670	17,3 milhões	40,9%
Cooperativas Médicas Unimed (3)	320	10,0 milhões	23,6%
Auto gestão	150	9,0 milhões	21,3%
Seguros de Saúde (1)	40	6,0 milhões	14,2%
Total	1.180	42,3 milhões	100,0%

Fonte: Golden Cross in: Banco Hoje, julho de 1997. (*) Estimativas dezembro 1996 (1)

127

O setor privado utiliza as seguintes formas de financiamento: pré-pagamento, seguro saúde e contribuição compulsória. As duas primeiras implicam um valor atuarial indivi-

⁶ Medicina de grupo é constituída por empresas médicas que administram planos de saúde para empresas, indivíduos ou famílias, trabalhando com diferentes planos; Cooperativas Médicas operam segundo o sistema universal de cooperativas de autônomos, em que os médicos cooperados participam através do sistema de cotas, cabendo à cooperativa a comercialização dos planos individuais e coletivos de saúde. A Unimed é a entidade mais representativa. Autogestão (planos próprios das empresas) opera através de um fundo constituído pelas contribuições compulsórias dos trabalhadores e pelos recursos de cada empresa patrocinadora (privada ou estatal), trabalhando com serviços de terceiros, ressarcindo as despesas realizadas. Suas entidades são a Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas – ABRASPE e o Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde – CIEFAS. Seguros de saúde são financiados através de um fundo coletivo constituído pelo pagamento em parcelas mensais do valor do prêmio contratado entre as partes. Operam no sistema de reembolso de despesas. Sua entidade é a Federação das Empresas de Seguros Privados e Capitalização – FENASEG.



dualmente pago, vinculado a uma série de serviços potenciais, e a última assemelha-se a um sistema de repartição simples.

A regulamentação legal desse setor é praticamente recente. A nova Lei de Planos e Seguros de Saúde – nº 9.656/98, de 3 de junho de 1998, foi regulamentada pelo CONSU (Conselho de Saúde Suplementar) e estabelecida pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), introduzindo mudanças significativas nas empresas de medicina de grupo. Elas deverão dar garantia de equilíbrio econômico-financeiro, por meio de imóveis ou seguros, para poderem continuar operando. Em novembro de 1999 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cuja responsabilidade é regulamentar todas as questões operacionais e financeiras dos planos e seguros privados de saúde.

A partir de dezembro de 1999, para efeito da fiscalização da ANS, todas as empresas de planos e de seguros de saúde estão obrigadas a oferecer um plano de referência que contemple a cobertura ambulatorial (consultas e exames), hospitalar, obstétrica e odontológica. Os clientes antigos com coberturas menores poderão ter a possibilidade de se transferirem para outro plano mais completo, pagando a eventual diferença de preços que exista entre os produtos. Já há evidências positivas dessa Agência, uma vez que vem coibindo abusos nos aumentos de contribuições e limitações à utilização dos serviços (DAIN, 2000).

2.1.1. Dimensões dos Serviços Privados: Cobertura, Faturamento e Distribuição Regional

Em 1996, o setor privado supletivo atendia aproximadamente 42,3 milhões de usuários. No período 1987/96, apresentou um crescimento de 73,4% no número de usuários (Ver Tabela 8). O segmento que melhor desempenho apresentou nesse período foi o seguro de saúde, com uma expansão de 757,1%, seguindo-se as cooperativas médicas (177,8%). Os desempenhos mais fracos ficaram por conta das modalidades de Autogestão e de Medicina de Grupo, mas ainda assim apre-

sentaram evolução positiva de 80,0% e 14,6%, respectivamente.

**Tabela 8 - Evolução dos Usuários da Sistema de Assistência Médica Suplementar
Brasil, 1987/89/91/92/94/96
(em milhões de usuários) = 1987 = 100**

Modalidade	1987		1989		1991		1992		1994		1996	
		%		%		%		%		%		%
Med. de Grupo	15,1	100	15,0	-0,7	13,5	-10,6	15,0	-0,7	16,0	6,0	17,3	14,6
Coop.Médicas	3,6	100	7,3	102,8	8,0	122,2	8,0	122,2	8,5	136,1	10,0	177,8
Autogestão	5,0	100	7,9	58,0	5,7	14,0	6,5	30,0	8,0	60,0	9,0	80,0
Seguro Saúde	0,7	100	0,9	28,6	1,2	71,4	2,5	257,1	5,0	614,3	6,0	757,1
Total	24,4	100	31,1	27,5	28,4	16,4	32,0	31,1	37,5	53,7	42,3	73,4

Fonte: Terrin & Crosby (1987-1994); Golden Cross in: Banco Hoje, julho de 1997, para dados de 1996.

Ainda, as tabelas 9 e 10, a seguir, apresentam o rápido crescimento do setor privado autônomo em relação ao faturamento e cobertura, principalmente no período 1987 a 1996. Observa-se que o aumento do faturamento foi muito superior ao da população coberta. Conseqüentemente, o gasto por beneficiário dos sistemas privados elevou-se significativamente, passando de R\$218.44 para R\$386.05 entre 1987 e 1996, respectivamente. Entre 1987 e 1996, o crescimento da clientela foi de 73.4% e do faturamento de 206.9%. Em 1987, 20% da população brasileira estava coberta pelos serviços privados; em 1996, 26.8%, na maioria junto à medicina de grupo, ainda que venha declinando no período.

O crescimento do setor privado autônomo foi diferenciado segundo suas modalidades. O maior crescimento – tanto em termos de clientela como de faturamento –, foi registrado nos planos de seguro saúde, seguidos das cooperativas médicas e dos planos de autogestão das empresas. A maior clientela, contudo, ainda se concentra nos planos das empresas de medicina de grupo (Tabelas 9 e 10). Concorreu para o crescimento significativo dos planos de seguro saúde o fato de várias empresas de Medicina de grupo terem se transformado em seguro saúde. Isto porque poderiam obter cláusulas contratuais mais flexíveis e vantajosas, diante do forte crescimento de contestações judiciais de não cobertura dos planos de medicina de grupo (Marques, 1999).

No que diz respeito ao preço médio anual dos planos de



Tabela 9 – Distribuição da Cobertura e do Faturamento Estimado do Sistema de Assistência Médica Suplementar – Brasil – 1987, 1994 e 1996

Modalidades	Faturamento (R\$ bilhões dez/99)				População Coberta (milhões)				% da População Total			
	1987	1994	1996	D (%)	1987	1994	1996	D (%)	1987	1994	1996(1)	D (%)
Med. de Grupo	2,88	3,63	4,08	41,9	15,1	16,0	17,3	14,6	12,40	10,70	11,00	-11,3
Coop. Médicas	1,01	2,39	3,86	283,6	3,6	8,5	10,0	177,8	3,00	5,70	6,30	110,0
Autogestão	1,21	2,74	5,08	320,1	5,0	8,0	9,0(2)	80,0	4,00	5,30	5,70	42,5
Seguro Saúde	0,23	1,07	3,31	1.338,5	0,7	5,0	6,0	757,1	0,60	3,30	3,80	533,3
Total	5,33	9,83	16,33	206,9	24,40	37,50	42,30	73,4	20,00	25,00	26,80	34,0

Fonte: Almeida (1998)

(1) População total de 157,1 milhões de Habitantes, projetada para 1996 pelo IBGE

Tabela 10 – Distribuição percentual da Cobertura e do Faturamento Estimado do Sistema de Assistência Médica Suplementar. Brasil: 1987-1994 e 1996

Modalidades	Faturamento			População Coberta		
	1987	1994	1996	1987	1994	1996
Med. de Grupo	54,1	36,9	25,0	61,9	42,7	33,7
Coop. Médicas	18,9	24,4	23,6	14,8	22,7	19,5
Autogestão	22,7	27,9	31,1	20,5	21,3	17,5
Seguro Saúde	4,3	10,9	20,3	2,9	13,3	11,7
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Elaboração própria

saúde privados, pode-se afirmar que, em 1996, os mais elevados corresponderam à modalidade de autogestão das empresas – Abraspe (R\$654,00 por ano), seguindo-se os planos das seguradoras (R\$650,00) (Tabela 11). Os sistemas de medicina de grupo e as cooperativas médicas apresentam em média custos mais baixos (R\$208,00 e R\$280,00). Pode-se dizer, em termos gerais, no entanto, que esses custos são bem superiores àqueles do setor público.

Quanto à distribuição dos usuários do sistema de assistência médica suplementar, verifica-se que 58% é residente no Estado de São Paulo, 17% no Rio de Janeiro e 9% Rio Grande do Sul, representando 29%, 22% e 16% da população total de cada Estado, respectivamente. (Almeida, 1998). A população beneficiada refere-se aos trabalhadores de médias e grandes empresas.

A distribuição geográfica da modalidade medicina de grupo ocorre de acordo com o porte de suas empresas, isto é: a) somente um pequeno número das grandes empresas concentra-se nas capitais de São Paulo e Rio de Janeiro; b) as



Tabela 11 – Sistema de Assistência Médica Suplementar, Brasil
– Dados Financeiros, por tipo de modalidade – 1996*

Tipo	Receita Anual (R\$ bilhões)	Preço Médio Anual (R\$)	Custo Médio Anual R(\$)
Med. de Grupo	4,5	260,00	208,00
Coop. Médicas UNIMED	3,5	350,00	280,00
Auto gestão			
Abraspe	2,6	654,00	588,60
Ciefas	2,5	498,00	448,20
Seguro Saúde	3,0	650,00	487,50
Total	16,1	392,0	323,90

Fonte: Golden Cross in: Banco Hoje, julho de 1997

médias empresas localizam-se mais em outros Estados, porém há forte concentração no interior do Estado de São Paulo, tais como Campinas, Jundiaí e Ribeirão Preto: *c*). as empresas intermediárias (entre 10 e 50 mil usuários) encontram-se, principalmente, em municípios de médio porte do Interior, incluindo, as vezes, capitais: *d*) as menores empresas (menor de 10 mil) atuam no interior ou são recentes nas capitais (Dain, 2000).

Em síntese, os dados apresentados revelam que o setor privado tem crescido nos últimos anos, talvez prenunciando um novo período de capitalização. Nessa perspectiva, destacam-se as novas bases de financiamento do setor privado de saúde, que rompem com o padrão anterior, isto é, o da dependência do setor privado das transferências diretas do Estado, substituindo-o por um outro, mais complexo, em que a nova articulação na relação Estado/setor privado se dá através de mecanismos de renúncia fiscal.

2.1.1. Relacionamento entre os Serviços Privados e o SUS

Enquanto a rede privada está concentrada nos serviços hospitalares e especializados, a rede pública atua principalmente nas ações e serviços de atenção básica e de emergência. Calcula-se que nas regiões Sul e Nordeste os serviços de clínicas privadas são vinculadas ao SUS, enquanto nas regiões Sudeste e Centro-Oeste ocorre uma relação maior dessas com o setor suplementar. Quanto aos serviços hospitalares, a maioria da rede privada possui uma relação contratual com o SUS (Dain, 2000).



Pode-se afirmar que, da mesma forma que o SUS é importante para o financiamento da oferta de serviços privados, esses são fundamentais para a operacionalização do SUS. Essa superposição de usuários - entre o SUS e o sistema de assistência médica suplementar - resulta em maior disponibilidade de leitos para o setor privado, de um lado, e de outro, do atendimento de pacientes desse sistema pelo SUS, evidenciando, assim, a necessidade de ressarcimento dos gastos realizados pelo próprio SUS. A partir de outubro de 1999, por efeito da regulamentação da Lei de Planos e Seguros Privados de Saúde n.º 9.656/98, iniciou-se o processo de cobrança dos planos de saúde através do ressarcimento dos custos de atendimento de pacientes associados e internados em hospitais da rede SUS. Esse ressarcimento é cobrado conforme os procedimentos estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP), aprovada pela ANS, resolução nº 17/2000.



2.1.2. Renúncia Fiscal nos Serviços Privados de Saúde

Para se ter uma visão abrangente e integrada do financiamento público da saúde deve-se analisar as formas de renúncia de arrecadação dos planos e seguros privados que, tem recebido um crescente estímulo. Sabe-se que o setor público não dispõe de um sistema de controle sobre a renúncia fiscal. Os dados da Secretaria da Receita Federal permitem somente se ter uma idéia dos benefícios fiscais no âmbito do IRPJ ou do IRPF. Em relação ao IRPJ, as estimativas registram que a dedução com o pagamento de assistência média para seus empregados está praticamente estável, passando de RS 2,4 milhões, em 1996, para RS2,2 milhões, em 1998.

Os serviços privados de saúde são tributados pelos governos municipais em ISS e pelo Governo Federal em Cofins, PIS/Pasep, IRPJ, CSLL, IRPF, IRRF, contribuição de empregados e empregadores ao INSS, IOF e Taxa de Saúde Suplementar. Estão isentas do IRPJ e CSLL as instituições que prestem serviços de caráter complementar ao Estado, de caráter filantrópico e as associações civis, sem fins lucra-



tivos. Também as sociedades cooperativas que atenderem ao disposto na legislação específica não terão incidência do IRPJ e CSLL. Particularmente, no caso das cooperativas que prestam serviço de saúde (na maior parte Unimed's), não incidem o ISS, Cofins, PIS/PASEP, IRPJ E CSLL. E, no caso das entidades filantrópicas de saúde têm isenção tributária do ISS, Cofins, PIS/PASEP, IRPJ e CSLL.

As empresas não são obrigadas a recolher INSS quando contratam entidades médicas. O mesmo ocorre quando contratam os serviços de um seguro saúde, pois esse alega que está apenas reembolsando as empresas, mediante as contratações do contrato/apólice, das despesas incorridas com o prestador do serviço médico. Também não recolhem as administradoras de planos de saúde da Medicina de Grupo por contratarem serviços de sociedades civis de médicos. Por fim, vale mencionar que os hospitais filantrópicos que possuam um plano de saúde privado, dada a sua natureza jurídica, são isentos da contribuição ao INSS.

133

• Dedução dos Gastos com Saúde no Imposto de Renda

O sistema brasileiro de renúncia fiscal favorece as pessoas que têm imposto a pagar e os grupos de maior renda que são subsidiados ao comprarem serviços privados de saúde. No País, deixa-se de lado a equidade horizontal, permitindo discriminar entre situações individuais para o mesmo nível de renda, em função das diferenças de gasto em saúde. A redução da base de cálculo do imposto de Renda, através do abatimento das despesas médicas, procura amenizar a carga impositiva daqueles que têm a necessidade de incorrer em maior dispêndio com assistência médica. No ano de 1998, as deduções com despesas médicas por faixa de alíquota foram assim constituídas: a) R\$327,4 milhões junto à faixa de isentos (138.496 declarantes); b) R\$1,4 bilhão na faixa de 15% (962.136 declarantes); c) R\$6,0 bilhões na faixa de 25% (1.711.276 declarantes) (DAIN, 2000).

Como mencionado anteriormente, para o ano de 1996, o



faturamento estimado do sistema de assistência médica suplementar foi de R\$16,3 bilhões, a preços de dezembro de 1999 (Ver Tabela 9). Assim, diante da legislação existente, todo este montante poderia ser utilizado para abatimento do Imposto de Renda. A isso poderia ser acrescentado o total das despesas pagas diretamente pelos usuários – pessoas jurídicas ou físicas – aos prestadores dos serviços privados de saúde, para os quais não existem informações. Segundo dados da Secretaria da Receita Federal, 34,7 mil empresas efetuaram deduções sobre o lucro real na declaração de 1997 (ano-base 1996), perfazendo um total de R\$3,2 bilhões, configurando uma renúncia fiscal de R\$800 milhões no IRPJ (alíquota 25%). No tocante às pessoas físicas: na alíquota 15%, 2,2 milhões de contribuintes deduziram, em 1997, R\$1,1 bilhão, correspondendo a uma renúncia fiscal de R\$168 milhões no IRPF; na alíquota 25%, 1,6 milhão de contribuintes deduziram R\$2,9 bilhões, representando outros R\$726 milhões de renúncia fiscal no IRPF. Em síntese, as estimativas apontam que, na declaração do IRPJ e IRPF de 1997 (ano-base 1996), as deduções referentes às despesas com saúde totalizaram aproximadamente R\$7 bilhões, representando R\$2 bilhões de renúncia fiscal (ALMEIDA, 1998).



2.2. Perfil do Gasto das Famílias

Segundo a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do IBGE, o gasto médio mensal das famílias com assistência à saúde, em 1996, foi da ordem de 0,81 salário mínimo, sendo 99,24 salários mínimos ao ano, perfazendo um total de 11,1 mil reais de dezembro de 1999⁷. Isso significa que o gasto médio familiar com saúde cresceu 7,0% entre 1987 e 1996. As áreas de pesquisa da POF circunscrevem-se apenas a 9 regiões metropolitanas e 2 capitais, distribuídas por região do País. Dentre elas, como era de se esperar, os maiores dispêndios familiares com saúde foram em São Paulo, Curitiba e Brasília – DF. Em 1996, esses gastos médios mensais representaram, respectivamente, 0,98, 0,97 e 0,91 salário mínimo.

⁷ Em 1996, o salário mínimo era de R\$ 112,00.



A POF indica que, entre 1988 e 1996, o cidadão brasileiro aumentou seus gastos com planos de saúde, particularmente em seguro-saúde. Em 1988 esse gasto representava 11,92% do total da despesa média mensal com saúde das famílias; em 1996, 29,02%. Ao mesmo tempo, a maioria dos outros gastos com saúde foi reduzida, tais como: tratamento e produtos dentários; remédios (ainda que concentre a maior parte do gasto familiar); profissionais de saúde; tratamento e produtos oftalmológicos etc. (Tabela 12)

Tabela 12 - Composição % do Gasto Médio Mensal em Assistência à Saúde Total das áreas POF - 1987/88 e 1995/96

Tipo de Gasto	1988	1996
Tratamento e produtos dentários	20,09	16,74
Exames	4,23	1,75
Hospitalização	3,63	2,41
Material Médico	0,55	0,53
Tratamento e Produtos Oftalmológicos	5,45	2,74
Outros produtos farmacêuticos	-	0,10
Outros	3,33	8,37
Produtos de Puericultura	-	0,13
Profissionais de Saúde	17,00	7,98
Remédios	33,79	30,22
Seguro Saúde	11,92	29,02

Fonte: IBGE - Pesquisa de Orçamentos Familiares.

Entre 1988 e 1996, a composição do gasto médio mensal em assistência à saúde, apresentado por tipo de despesa, não é homogêneo por classes de recebimento mensal familiar. Por exemplo, a despesa classificada com remédios é maior na medida em que a classe de recebimento mensal é menor. Em 1996, até a classe de rendimento 2, as famílias direcionam 51,4% do gasto com assistência à saúde para a aquisições de remédios; quando a classe é "mais de 5 a 6", essa participação cai para 50,8%; as "mais de 10 e 15" 33,9% e; as "mais de 30", 19,1%. Isso indica a iniquidade do gasto médio familiar com saúde no país (Tabela 13).

2.3. Problemas para a Consolidação do Gasto Privado

As fontes de informação disponíveis sobre o denominado gasto privado não permitem a realização de um resultado consolidado sem que se incorra em um estimativa. Isso porque, do ponto de vista do gasto familiar, a POF do IBGE apenas

Tabela 13 – Composição Percentual do Gasto Médio Mensal em Assistência à Saúde - Total das Classes de recebimento mensal familiar - POF - 1987/88 e 1995/96

Tipo de Despesa	Classes de recebimento mensal familiar							
	Até 2		Mais de 5 a 6		Mais de 10 a 15		Mais de 30	
	1988	1996	1988	1996	1988	1996	1988	1996
Tratam. Prod. Dentários	8,5%	3,8%	13,2%	11,1%	20,5%	14,5%	20,7%	21,0%
Exames	2,4%	1,3%	3,0%	2,3%	5,2%	1,3%	4,5%	2,0%
Hospitalização	1,9%	5,0%	1,9%	0,2%	2,2%	1,3%	4,9%	3,3%
Material Médico	0,0%	0,3%	1,0%	0,8%	0,4%	0,9%	0,6%	0,3%
Tratam. Prod. Oftalmológicos	5,8%	1,3%	7,0%	1,7%	5,4%	3,2%	5,2%	3,1%
Out. Produtos Farmacêuticos	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%
Outros	0,5%	8,0%	0,8%	7,2%	2,2%	9,6%	2,5%	6,8%
Produtos de Puericultura	0,0%	0,4%	0,0%	0,5%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%
Profissionais de Saúde	7,7%	17,4%	8,7%	2,1%	10,4%	5,5%	23,2%	12,3%
Remédios	70,7%	51,4%	57,9%	50,8%	44,3%	33,9%	20,7%	19,1%
Seguro Saúde	2,4%	10,9%	6,3%	23,3%	9,4%	29,3%	17,6%	32,0%

Fonte: POF's de 1987/88 e de 1995/96 do IBGE.

coleta dados de uma amostra de famílias residentes nas regiões metropolitanas e nas capitais de Brasília e Goiânia, dificultando uma expansão dos resultados para o restante do País. Ademais, essa pesquisa também capta o gasto familiar com seguros de saúde, os quais integram os dados de faturamento dos planos e seguros privados de saúde apresentados, anteriormente, como gasto do sistema de assistência médica suplementar. A consolidação do gasto privado – incluindo famílias e empresas – deveria poder eliminar a dupla contagem, o que conforme indicado, torna-se difícil. Ainda, cabe mencionar que as informações disponíveis sobre o sistema de assistência médica suplementar não são homogêneas pois na maior parte das vezes são produzidas pelas próprias empresas, por suas entidades representativas ou por firmas privadas de consultoria. Sendo assim, as análises possíveis de serem elaboradas do gasto privado permitem, quando, muito algumas tendências, e não afirmações conclusivas.

3. Gasto Nacional com Saúde (Público e Privado)

Para se ter uma dimensão do gasto nacional faz-se necessário agregar os dados do setor público e do setor privado na provisão dos serviços de saúde. De acordo com os dados consolidados neste trabalho, o gasto nacional com saúde estimado, em 1996, foi da ordem de 55,4 bilhões reais de dezembro de 1999, correspondendo a um *per capita* de

RS352.59 e 5.1% em relação ao PIB (Tabela 14). Esse gasto conta com ampla participação do setor público (62,6%), o que sozinho perfaz um gasto de R\$ 3,2 do PIB. A assistência médica suplementar participa com 29,4% do gasto sanitário total, representando 1,5% do PIB e R\$ 103,49 *per capita*⁸.

Tabela 14 - Gasto Nacional com Saúde Estimado - 1996			
Item de Gasto	Valor		
	Em R\$1.000 de dez/1999	%	% PIB
Público	34.642.204 (1)	62,6	3,2
Assist. Médica Suplementar	16.330.000 (2)	29,4	1,5
Privado	4.410.741(3)	8,0	0,4
Total	55.382.945	100,0	5,1

Fonte: elaboração própria. (1) Extraído da Tabela 1; (2) Extraído da Tabela 9, total do faturamento das empresas; e (3) Dados da Secretaria da Receita Federal referentes às despesas médicas declaradas para dedução do IRPF (ano-base 1996), corrigidos a preços de dezembro de 1999 (Ver Almeida, 1998).

É importante que se esclareça a metodologia de cálculo do gasto nacional com saúde aqui estimado, bem como de suas limitações. O gasto do setor público diz respeito a consolidação dos dispêndios das esferas de Governo Federal, Estadual e Municipal. Esse gasto é contabilizado com base na origem dos recursos, onde as transferências intergovernamentais e os pagamentos dos serviços pela rede própria estadual e municipal são registrados como dispêndios da instância transferidora. A metodologia adotada é a utilizada pelo Ipea para identificar e apropriar as transferências intergovernamentais, uma vez que se considera que essa alternativa seja mais adequada para medir o esforço tributário próprio de cada esfera de governo no financiamento do SUS. O gasto da "assistência médica suplementar" refere-se ao total do faturamento das modalidades medicina de grupo, cooperativas médicas, auto-gestão e seguro saúde. Como mencionado anteriormente, admite-se o caráter heterogêneo das diversas fontes. Já no caso do gasto "privado", o procedimento foi

⁸ Para se ter um parâmetro de comparação desse gasto nacional com saúde apurado, os dados apresentados pelo Conselho Nacional de Saúde para 1995, podem contribuir: nesse ano as estimativas registravam um gasto total de R\$31,1 bilhões, tendo uma participação do setor público de R\$18,8 bilhões (60,1%); do sistema de assistência médica suplementar de 10,0 bilhões (31,9%); do privado de 2,5 bilhões (8,0%) (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1997).



mais complexo. O gasto foi apurado com base nas informações da Secretaria da Receita Federal que apresenta as deduções com as despesas de saúde efetuadas na declaração do Imposto de Renda de Pessoas Físicas para 1997, uma vez que não foi possível sua obtenção para 1996. Para uma aproximação desse gasto privado, optou-se por não utilizar as despesas declaradas para a dedução de Pessoas Jurídicas e nem o gasto familiar com seguros de saúde (POF/ IBGE), pois ambos integram os dados de faturamento do sistema de assistência médica suplementar. O cálculo utilizado tenta eliminar a possibilidade de dupla contagem.

Pelo quadro apresentado, verifica-se que as dificuldades para controle do gasto nacional com saúde devem ser eliminadas assim que seja dada ênfase a um projeto de construção de base de dados sistematizada, principalmente no âmbito do gasto privado. De qualquer forma, pode-se dizer que o gasto com saúde em 1996 (R\$350,97 *per capita*) é ainda pequeno, quando comparado ao dos países centrais e América Latina⁹, e conta com uma participação relativamente importante do sistema de assistência médica suplementar, sendo complementar ao esquema público de financiamento.

Referências Bibliográficas

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE GRUPO (ABRAMGE). www.abrange.com.br. 2000.
- ALMEIDA, C. M. *O mercado privado de Serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar*. Ipea. Texto para Discussão, nº 599, 1998
- BANCO MUNDIAL/IDS. "A saúde no Brasil: um fórum de discussão". Encontro realizado em São Paulo, em outubro de 1993.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. "Algumas questões na implementação do novo modelo gerencial para o SUS". Brasília, fevereiro de 1997.
- DAIN, S. *Tese ao concurso para professor titular no Departamento de Planejamento e Administração em saúde do Instituto de Medicina Social da UERJ*, 2000
- MARQUES, R. M. "O financiamento do sistema público de saúde brasileiro" Cepal. Serie Financiamiento del desarrollo, nº 82, Santiago do Chile, agosto de 1999.
- MARQUES, R. M. e MENDES, A. . "Financiamento: a doença crônica da saúde pública brasileira". Trabalho apresentado no V Encontro de Economia da Saúde. Abres – Associação Brasileira de Economia da Saúde. Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, novembro de 1999
- PIOLA, S. e BIASOTO JR. G. "Finanças e Dispendios: Financiamento do SUS, Gasto Público e Base Tributária". Ipea, mimeo, 2000.

⁹ Para consulta do gasto com saúde nos diferentes países ver BANCO MUNDIAL/ IDS, 1993.

Crêterios para repasse dos recursos federais/Papel redistributivo do Governo Federal (MS) e Estadual no financiamento da saúde

Mozart de Oliveira Junior¹

Histórico

Duas grandes questões polarizaram o debate sobre o financiamento do SUS nos últimos anos: o quantitativo de recursos para o setor e os critérios a serem adotados para sua partilha, considerando a descentraliza o da gestão das a oes de saúde.

No primeiro caso, a busca de um patamar mínimo e estável de recursos para o financiamento do SUS, desde 1988 vem sendo tratada pela legisla o federal: em 1988 nas disposi es transitórias da Constitui o Federal, quando destinava 30% do orçamento da seguridade social para a área de saúde (exceto o seguro desemprego); de 1989 a 1993 nas Leis de Diretrizes Orçamentárias, com a mesma reda o do artigo das disposi es transitórias da Constitui o Federal; a partir de 1994 este artigo da LDO foi vetado; em 1993 começou a tramitar a PEC n  169 que, além de vincular os 30% do orçamento da seguridade social para a saúde, também vinculava 10% do orçamento fiscal de Estados e Municípios.

Após tramitar por 6 anos a PEC n  169 sofreu várias modifica es e foi finalmente promulgada com Emenda Constitucional n  29, publicada no *DOU* de 14/09/2000, totalmente diferente da versão original, com uma diminui o significativa dos recursos federais a serem destinados ao SUS, previstos originalmente na PEC n  169.

Em rela o aos critérios para a aloca o dos recursos financeiros da seguridade social para Estados e Municípios, já em 1990 a Lei n  8.080/90 estabelecia em seu art. 35 que: " Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combina o dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

¹ Médico sanit rista, pesquisador do núcleo de pesquisa em saúde coletiva e nutri o - Nescom/UFMG



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.



§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados."

A Lei nº 8.142/90, publicada em dezembro daquele ano, em cumprimento ao acordo firmado entre o Ministério da Saúde e várias entidades da área de saúde, para superar o impasse gerado por vetos impostos à Lei nº 8.080/90, apresenta a seguinte redação relativa a critérios de alocação de recursos:

"Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;



II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º 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.

§ 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 § 1º do mesmo artigo.

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

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

1 - Fundo de Saúde;



II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Como pode ser observado, a Lei nº 8.142/90 afirma que enquanto não fosse regulamentado o art. 35 da Lei nº 8.080/90 todo o recurso federal deveria ser transferido a Estados e Municípios, de forma regular e automática, por critério populacional (parágrafo primeiro do art. 35 da Lei nº 8.080/90), sendo 70% aos Municípios (§ 2º do art. 3º da Lei 8.142/90), desde que cumprissem os requisitos do art. 4º da Lei nº 8.142/90 (dispor de Fundo de Saúde, Conselho etc).

Entretanto, nenhuma das duas leis foi cumprida integralmente. O art. 35 da Lei nº 8.080/90 nunca foi regulamentado e o repasse regular e automático per capita da totalidade dos recursos, com 70% destinados aos Municípios, também não. Na prática, o que prevaleceu na definição dos critérios de alocação de recursos federais para o SUS foram as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96).



Em 1991 ocorre a primeira grande mudança nas propostas para o financiamento do SUS: a transferência do Inamps para o Ministério da Saúde, ao mesmo tempo em que o INSS – órgão arrecadador do Ministério da Previdência Social – passaria a destinar 25% de seu orçamento (a contribuição sobre a folha de pagamento de empregados e empregadores) para o Ministério da Saúde¹.

Veio do Inamps a mudança que mais influenciaria os rumos da organização do SUS a partir de 1991: a Norma Operacional Básica do SUS nº 01/91. Editada pelo Presidente do Inamps como Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991, essa Norma, que deveria regulamentar a aplicação das Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, mudaria os rumos do SUS.

Sob o argumento da inviabilidade conjuntural de regulamentar o art. 35 da Lei nº 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, vigendo até hoje².

Estados e Municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, executados nas 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, aplicado aos gestores públicos estaduais e municipais.

¹ Este percentual de repasse foi decrescente a partir de 1990, deixando de existir em 1994, quando toda a Contribuição sobre a folha ficou exclusivamente para o pagamento das aposentadorias e pensões do Ministério da Previdência Social, como veremos adiante.

² Em relação ao pagamento das internações hospitalares por produção de serviços a mudança foi introduzida 6 meses antes, também pelo Inamps, que implantou o Sistema de Informação Hospitalar do SUS – SIH/SUS para o setor público em 27 de julho de 1990, pela Portaria 227 do Inamps, antecedendo, portanto, a publicação da NOB 01/91 que, neste caso, consolidou prática já instituída em julho de 1990.



Ao pagar a rede pública pelos serviços executados o governo Federal retira de estados e municípios a autonomia para a gestão do sistema de saúde, tanto das unidades próprias como dos serviços contratados e conveniados, que continuam a receber diretamente do Inamps, ainda que progressivamente os Estados – e posteriormente os Municípios – passassem a autorizar esse pagamento.

Além disso, o pagamento por produção de serviços remunera o que está nas tabelas de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS) e hospitalares (SIH/SUS), induzindo à busca de um modelo que privilegia uma oferta crescente de serviços médico-assistenciais, já que o repasse financeiro está atrelado a esta produção.

A NOB 01/91 reforçou também o convênio como instrumento para transferência financeira (mesmo que por pagamento de produção de serviços), gerando aí uma imensa burocracia para a prestação de contas que até hoje, mesmo não existindo mais o instrumento convenial e instituída a transferência fundo a fundo, os auditores do Governo Federal insistem em considerar a mesma lógica de prestação de contas de Estados e Municípios, objeto de conflitos constantes entre as três esferas de governo.

Na prática, exceto pela cessão de unidades assistenciais do Governo Federal para Estados e Municípios e o pagamento pelos serviços produzidos, a NOB 01/91 influenciou pouco o rumo da descentralização do sistema de saúde.

Logo a seguir o Inamps publica um conjunto de portarias, entre elas a de nº 20/91, que define os valores da Unidade de Cobertura Ambulatorial - UCA, classificando os estados em seis diferentes grupos. O valor da UCA de cada Estado multiplicado pela sua população define o teto estadual para a assistência ambulatorial. Os critérios definidos pelo Ministério da Saúde para o agrupamento dos Estados foram os seguintes:

a) População do IBGE:



b) Capacidade instalada;

c) Desempenho assistencial em termos de qualidade e resolutividade;

d) Casos atípicos;

e) Série histórica de custeio das Unidades Federadas.

Como a população é fator de multiplicação para encontrar o teto ambulatorial dos Estados e o desempenho assistencial em termos de qualidade e resolutividade é de difícil mensuração, na prática prevaleceram dois dos critérios: os casos "atípicos" e a série histórica de gastos, que indiretamente reflete a capacidade instalada.

No *Diário Oficial* da União de 10 de fevereiro de 1992 é publicada a Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992, que no seu Anexo I apresenta a Norma Operacional Básica SUS/92. Ainda editada pelo Inamps, esta NOB segue, em linhas gerais, a NOB 01/91, mantendo intocados os mecanismos de pagamento por produção de serviços, da atenção ambulatorial e hospitalar, para o setor público estadual e municipal.



Quanto ao custeio das atividades assistenciais, ainda sob responsabilidade do Inamps, mantém-se a prática da NOB 01/91, com definição de um teto global de internações, mas ainda sem teto financeiro. Ou seja, o Inamps fixava o número total de internações, mas não o valor global a ser gasto.

Na área ambulatorial prevalece a UCA. Em dezembro de 1993 os grupos de UCA são reduzidos a quatro. Desse modo, a diferença entre o menor e o maior valor estadual da UCA, que era de 1,8 vezes no final do ano de 1991, amplia esta diferença para 2,1 vezes, em dezembro de 1993.

Tal como na NOB 01/91, na NOB SUS/92 a transferência financeira a estados e municípios, feitas pelo Inamps, corresponde apenas aos valores destinados à assistência ambulatorial e hospitalar. As demais ações de saúde ou são executadas



diretamente pela Fundação Nacional de Saúde, ou são feitos convênios para transferência financeira de recursos aos Estados e, de forma ainda incipiente, aos Municípios.

Em 1993 outra Norma Operacional Básica (Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993) buscava um caminho de transição entre o anacrônico sistema de financiamento implantado pelas NOB 01/91 e SUS/92 e o preconizado na Constituição Federal e nas leis que a regulamentaram.

O processo político que gerou a NOB 01/93 foi bastante diferenciado daquele das NOB 01/01 e 01/92, que foram elaboradas sob a direção do Inamps, seguindo uma tradição de gerenciar por Normas Operacionais, elaborados pela Direção Central, com pouca consulta externa.

Em agosto de 1992 havia sido realizada a 9ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema central era a Municipalização dos Serviços de Saúde (A Municipalização é o Caminho) e cujo relatório final apontava para o cumprimento da Lei nº 8.080/90, com agilização da descentralização e municipalização da saúde, bem como o cumprimento de seu art. 35, que definia a modalidade de transferência fundo a fundo dos recursos financeiros da União a Estados e Municípios.

Na esteira deste movimento, que era contemporâneo do processo de *impeachment* do ex-presidente Collor, ocorre a mudança do governo federal e em janeiro de 1993 é apresentado ao Conselho Nacional de Saúde o documento "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde - A ousadia de cumprir e fazer cumprir as leis".

De janeiro a abril de 1993 este documento foi aperfeiçoado e tomou um caráter mais operacional, sendo finalmente publicado em maio de 1993 como a NOB 01/93, mantendo-se o subtítulo "A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei", mantendo a alusão ao cumprimento da Constituição Federal e das leis 8.080/90 e 8.142/90.

Na elaboração da NOB 01/93 o objetivo central era fazer a



transição do sistema instituído pelas NOB 01/91 e 01/92 sem solução de continuidade e sem regras rígidas, respeitando-se o estágio de desenvolvimento da descentralização em cada região do país, sem, contudo, deixar de apontar o rumo desejado para o SUS a médio e longo prazo.

Outra preocupação sempre presente foi a de fortalecer a pactuação entre as esferas de governo, condição considerada indispensável para o êxito da descentralização. A Comissão Intergestores Tripartite, que formalmente já havia sido criada em julho de 1991 (Portaria GM nº 1.180), mas que funcionava de forma irregular ao longo de 91 e 92, passou a ter reuniões quinzenais em 1993 e foram criadas as Comissões Intergestores Bipartite (criada pela NOB 01/93).

Assim, respeitando a diversidade na organização e funcionamento do SUS, a NOB/SUS 01/93 criou três modalidades de gestão para os municípios (incipiente, parcial e semiplena) e dois para os estados (parcial e semiplena), ficando a opção a uma das modalidades de gestão a cargo dos Estados e Municípios, após cumprirem os pré-requisitos da Lei nº 8.142/90.

Durante a vigência da NOB 01/93 (1994 a 1996)³, 63% dos Municípios brasileiros (excluídos aqueles criados a partir de 1997) habilitaram-se em alguma forma de gestão, ainda que exista uma grande variação nestes percentuais entre os Estados, refletindo o desenvolvimento desigual da descentralização da saúde no Brasil. Desse total, apenas 3% (144) dos Municípios aderiram à gestão semiplena, forma mais avançada entre as definidas pela NOB 01/93 para a gestão municipal.

Apesar dos avanços conseguidos com a NOB 01/93, 3/4 dos recursos federais de assistência ainda eram repassados através do pagamento por produção de serviços, igualando Estados e Municípios, sob este aspecto, aos demais prestadores privados de serviços de saúde.

³ Na prática, a NOB 01/93 vigorou até fevereiro de 1998, uma vez que somente a partir de março deste ano foram reiniciadas as habilitações de Municípios conforme a NOB 01/96, não havendo qualquer habilitação de Município entre novembro de 1996 e fevereiro de 1998.



A partir de 1993 a Comissão Intergestores Tripartite - CIT – passa a ser responsável pela pactuação entre os gestores dos três níveis de governo em relação a operacionalização do SUS, a partir das linhas gerais da política nacional de saúde, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

A CIT passa a ser um fórum importante nas negociações dos aspectos relacionados à gestão do SUS nos três níveis de governo, na relação com os prestadores privados contratados e conveniados, na solução de impasses nas negociações da Comissões Intergestores Bipartite e na coordenações de ações políticas, visando o fortalecimento e o financiamento mais adequado para o setor saúde.

Os Secretários Estaduais de Saúde, organizados no Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, e os Secretários Municipais de Saúde, organizados no Colegiado Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, passam a ser importantes atores em todo o processo de implantação do SUS, atuando na CIT e no Conselho Nacional de Saúde - CNS, bem como nas diversas comissões técnicas vinculadas a ambos os fóruns.

O caráter deliberativo do CNS em relação à política nacional de saúde e seus desdobramentos, inclusive financeiro, e a constante pactuação feita na CIT, nem sempre transcorreu de maneira tranqüila nos últimos anos. De um lado por ser a CIT mais ágil e composta por gestores e de outro pela tênue linha que separa os aspectos operacionais das deliberações políticas, com alguma freqüência os encaminhamentos da CIT foram questionados pelo CNS. A fórmula encontrada para superar estas divergência foi o encaminhamento das decisões da CIT para homologação no CNS que, se resolveu politicamente a questão, não deixou de ser, em muitos casos, uma solução formal, já que a homologação muitas vezes ocorre após fatos consumados.

Quanto aos aspectos do financiamento, diferente do que ocorria com as NOB 01/91 e NOB SUS/92, a partir da NOB



01/93 foi possível atribuir um teto para a assistência hospitalar (em novembro de 1994). Ou seja, além do teto físico (número máximo de internações admitidas), é fixado também um teto financeiro. Para a assistência ambulatorial é criado inicialmente a RCA (Recursos para a Cobertura Ambulatorial), valor do teto estadual obtido pela multiplicação da população pela UCA (Unidade de Cobertura Ambulatorial).

Em novembro de 1994⁴ a RCA e a UCA são extintas, passando a existir um teto global de assistência, ambulatorial e hospitalar. Assim, a partir de 1994 a CIT pactua o teto financeiro para cada Estado (que deve ser aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde), ficando a cargo das Comissões Intergestores Bipartite definir os tetos municipais (que deve ser aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde).

A definição dos tetos estaduais foi consequência da implantação da gestão semiplena, que somente ocorreu em novembro de 1994, três meses após a assinatura pelo Presidente da República do Decreto nº 1.232 de 30 de agosto de 1994, que possibilitava a transferência financeira fundo a fundo. Ou seja, para que o Ministério da Saúde pudesse pagar os Municípios em gestão semiplena, deduzindo este valor do teto financeiro de cada Estado, era imprescindível atribuir um valor financeiro global para cada Estado.

Neste período foi bastante rico o debate na CIT, quando foram feitos estudos para definir os critérios de partilha dos recursos disponíveis. Entretanto, as tentativas de voltar à operacionalização do art. 35 da Lei nº 8.080/90 foram infrutíferas. Os dados epidemiológicos disponíveis tinham quatro a cinco anos de defasagem: os cadastros ambulatoriais e hospitalares estavam defasados, o que limitava a proposta de considerar a capacidade instalada da rede de serviços; não havia avaliação sistemática do desempenho econômico-finan-

⁴ Apesar de formalmente os tetos terem sido definidos em novembro de 1994 eles somente serão efetivados após nova revisão, ocorrida em março de 1995.



ceiro e técnico dos Estados; as contrapartidas financeiras de Estados e Municípios não eram coletadas.

Diante do impasse criado, restou a alternativa de sempre: adotar a série histórica de gastos do primeiro semestre de 1994, identificando a participação percentual de cada Estado e aplicando este percentual aos recursos disponíveis.

De 1994 a 2000, a maior mudança foi provada pela NOB 01/96 (Portaria nº 2.203 de 05 de novembro de 1996). Discutida durante mais de um ano e publicada em novembro de 1996, a NOB 01/96 prevê mudanças nas formas de repasses financeiros, buscando resgatar parte dos princípios legais de transferência regular e automática fundo a fundo, mudanças nas modalidades de gestão do SUS e ampliação da autonomia dos Municípios e Estados para a gestão descentralizada.

A situação atual

A primeira grande mudança ocorrida no financiamento do SUS com a implantação da NOB 96 foi a passagem direta, do fundo nacional aos fundos municipais de saúde, de todos os recursos de assistência ambulatorial básica, para os Municípios habilitados na gestão plena da atenção básica. Ou seja, os valores que eram pagos por procedimentos para os grupos de Aveianm (vacinas, curativos, inspeção sanitária, visita domiciliar, etc.), as consultas em especialidades médicas básicas (clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia e pequena cirurgia ambulatorial) e os procedimentos preventivos de odontologia passaram a ser repassados como um valor *per capita* único nacional (o PAB, Piso de Assistência Básica). Em janeiro de 1998 o PAB muda, por força de Portarias do MS, aprovadas na CIT, passando a chamar Piso de Atenção Básica, tendo uma parte fixa (o PAB original) e outra variável, composta por incentivos para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e Programa de Saúde da Família – PSF, para a aquisição de medicamentos básicos, vigilância sanitária, combate a carências nutricionais e, mais recentemente, a área de epidemiologia.



É criada a gestão plena para Estados e Municípios, que nesta fase de gestão passam a responsabilizar-se não apenas pela assistência, como já ocorria na gestão semiplena, mas também pelo conjunto das demais ações de saúde.

Rompe-se assim com o pagamento por produção de serviços e por convênios, que passam a ser cada vez mais residuais em relação ao montante global de recursos destinados ao custeio das atividades do SUS, persistindo os convênios nas áreas de saneamento básico (FUNASA), controle de endemias e AIDS, além da transferência de recursos de capital.

Entretanto, deve ser destacado que, além do mecanismo de transferência financeira, é a autonomia de Estados e Municípios na utilização dos recursos que necessita ser mais debatida. Apesar de já ter sido mais compartimentalizado, o teto financeiro de Estados e Municípios ainda conta com várias subdivisões (PAB fixo, seis modalidades de PAB variável, média e alta complexidade ambulatorial, internação hospitalar, FAEC, subtetos para campanhas e outras atividades verticais etc), fonte permanente de atrito entre as esferas de governo, tendo os Estados e Municípios defendido a plena autonomia na gestão dos tetos financeiros descentralizados.

A tutela federal sobre o uso dos recursos transferidos tende a aumentar com a criação das agências de regulação (vigilância sanitária, saúde suplementar), que dificultam ainda mais a unificação do teto financeiro, uma vez que cada uma quer formular suas próprias regras para a transferência financeira e a conseqüente avaliação dos gestores estaduais e municipais.

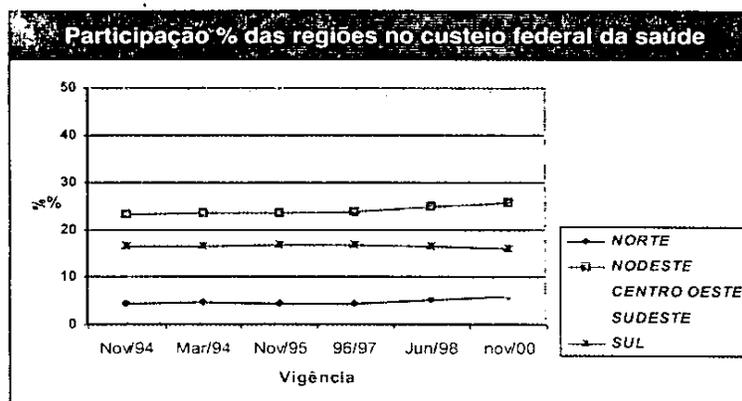
Outro aspecto da descentralização dos recursos financeiros diz respeito à comparação dos valores *per capita* entre os Estados e Municípios. Como apresentado anteriormente, é a série histórica, que reflete capacidade instalada e complexidade da rede, o principal mecanismo indutor para a fixação dos tetos financeiros. Deste modo, as regiões que histórica-



mente concentram serviços, detêm os maiores valores.

No texto da Emenda Constitucional nº 29/2000 aparece a preocupação dos legisladores com os critérios de alocação de recursos financeiros, quando no inciso II do § 3º do art. 6º, que afirma que uma lei complementar deverá reavaliar a cada cinco anos o volume de recursos destinados ao pagamento das ações e serviços públicos de saúde e estabelecerá "os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais".

Todavia, considerando apenas os dados gerais, é possível afirmar que ocorreu "redução das disparidades regionais", se analisarmos o que ocorreu na descentralização dos recursos federais, durante o período de novembro de 1994 a novembro de 2000, no gráfico abaixo. Ele apresenta a evolução da participação percentual das macrorregiões do País na distribuição dos recursos federais de custeio, mostrando a queda relativa das regiões Sudeste e Sul, uma estabilidade da região Centro-Oeste e um incremento na participação proporcional das regiões Norte e Nordeste.



Perspectivas

Sem uma autonomia real, Estados e Municípios, mesmo recebendo os recursos federais fundo a fundo, continuam a ser meros executores da política traçada pelo gestor federal.



A superação dessa situação somente será possível se forem ampliados os mecanismos de planejamento e programação das três esferas de governo, bem como o resgate do papel da Comissão Intergestores Triparte na pactuação dos tetos financeiros, muito diminuída nos últimos anos.

Apesar da Emenda Constitucional nº 29/2000 representar um retrocesso em relação à proposta original da PEC nº 169 para a alocação de recursos federais, para os Municípios e, particularmente, para os Estados, representa uma perspectiva de maior aporte financeiro para o setor saúde. Alguns estados, como o Rio Grande do Sul, já estão transferindo recursos do tesouro estadual para os fundos municipais de saúde. A tendência, em médio prazo, é que os Estados passem a ser co-responsáveis pelo financiamento da saúde, introduzindo um elemento novo na necessária articulação das três esferas de governo na definição da política de financiamento do SUS.

Por estes motivos, a regulamentação do art. 35 da Lei nº 8.080/90 não deve ser esquecida ou abandonada. A melhoria do sistema de informação, ao longo da última década, já possibilita uma melhor aproximação entre o que foi originalmente proposto e o que existe hoje. Mesmo persistindo divergências sobre a interpretação do que poderia ser considerado, por exemplo, os perfis epidemiológico ou demográfico para a alocação de recursos financeiros, uma ação decidida, coordenada pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Conass e Conasems poderiam levar à sua regulamentação.

É preciso ressaltar que regulamentar o art. 35 é bem diferente de adotar medidas isoladas de incremento dos valores de custeio, seguindo a linha de definir um *per capita* único nacional. Esta é uma solução simplista e equivocada, já que desconhece a capacidade instalada e o fluxo de referência de usuários do SUS, uma vez que a hierarquização da rede é essencial para garantir um melhor aproveitamento dos recursos tecnológicos, cada vez mais caros e complexos e que não podem ser igualmente distribuídos entre os Municípios e,





algumas vezes, nem entre os Estados, como é o caso de certos tipos de transplantes ou serviços de alto custo/complexidade.

A alocação de recursos financeiros de custeio, sem a correspondente capacidade instalada da rede de serviços, tem levado ao desperdício, como a compra de novas ambulâncias ao invés da estruturação de serviços nos municípios ou o pagamento de medicamentos diretamente às farmácias, que cobram 40% acima do preço dos medicamentos adquiridos por compra direta.

Outras vezes, como a demanda é geralmente maior que a oferta, os prestadores de serviços de alto custo/complexidade, melhor remunerados nas tabelas, elaboram um mapa das áreas de maior carência dos serviços no Estado e implantam seus equipamentos para, posteriormente, exercer pressão sobre o gestor para cadastrá-los junto ao SUS, ainda que aquela não fosse uma prioridade real, contando muitas vezes com forte apoio nos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde.



A busca da equidade, neste caso, passa pelo incremento inicial dos recursos de investimento, balizados por um Plano Nacional de Prioridades de Investimento, construídos de forma democrática e ascendente, para dotar cada Estado e Municípios da infra-estrutura mínima necessária para atuar naquela realidade sanitária o que, em um segundo momento, leva a uma redistribuição dos recursos de custeio, criando capacidade instalada local e diminuindo o fluxo intermunicipal/interestadual de pacientes.

Como a política de investimento persiste atendendo ao apetite fisiológico do jogo político entre as esferas de governo, sem obedecer necessariamente aos quesitos técnicos mais elementares, o redirecionamento dos recursos de custeio tem ocorrido em um ritmo muito lento (Ver Gráfico) do que seria de se esperar, caso fosse feito de uma forma dirigida e planejada.

Contribui ainda para perpetuar a situação atual a ausência de um Plano Nacional de Saúde (que incorpore o Plano



Nacional de Prioridade de Investimentos), que defina diretrizes de médio e longo prazo para o SUS no País. O que temos assistido, ao longo dos últimos anos, é a definição intempestiva de objetivos de curtíssimo prazo, visando atacar problemas pontuais: urgência e emergência em grandes concentrações urbanas, políticas pontuais de proteção ao parto e ao recém nato, campanhas de cirurgias e outras, descoladas de um plano consistente e adequado às diferentes realidades regionais do País.

Todavia, como os órgãos financiadores (Ministério da Saúde ou Organismos Internacionais) estão alocando recursos para aquele determinado projeto, todos são mobilizados nesta direção, independente de sua necessidade real, perpetuando as desigualdades regionais na alocação de recursos, uma vez que as regiões mais desenvolvidas têm também melhores condições de aprovar seus projetos de investimento, demandando a seguir mais recursos de custeio. Para romper este ciclo vicioso é necessário um conjunto de ações coordenadas e articuladas, que vão da regulamentação do art. 35 da Lei nº 8.080/90 à elaboração de Planos de Saúde e de Prioridade de Investimento, elaborados de forma ascendente, integrando as três esferas de governo e criando uma proposta nacional articulada e coerente para a alocação mais eqüitativa de recursos para o setor saúde no Brasil.





Alocação de recursos para promoção e proteção da saúde, prevenção e controle de doenças e agravos, e para a qualidade e humanização do atendimento

Alexandre J. Mont'Alverne

O tema alocação de recursos nos remete obrigatoriamente para o tema da equidade, uma das diretrizes políticas do Sistema Único de Saúde, bem como para o art. 35 da Lei Orgânica da Saúde.

Em alguns dicionários (1, 2), equidade aparece como sinônimo de igualdade. Outros(3) apresentam significados diversos além do sinônimo. No *Aurélio*, por exemplo, aparece como o sentido de "dar o que cada um tem direito" ou "sentimento de justiça que se opõe a um critério de julgamento ou tratamento rigoroso e estritamente legalista". No jargão da saúde pública, assumido como verdade, corroborado e talvez baseado em alguns autores⁴, equidade assume o sentido de tratar desigualmente os desiguais, discriminando positivamente os que têm menos; ou simplesmente dar mais a quem tem menos.

Neste conceito está incorporado o "enfoque de risco", ou seja, assumir que as pessoas e os grupos populacionais têm diferentes riscos de adoecer e morrer, e portanto aqueles que tem maior risco devem ser privilegiados, devem ser priorizados. Nosso querido David Capistrano⁵, em seu livro *Da Saúde e Das Cidades*, diz que "A sociedade é mais sensível à desigualdade expressa na doença e na morte do que à desigualdade em outros terrenos".

Ora, como é que na prática se faz, se assume, ou se determina prioridades senão pela alocação de recursos? É por meio do orçamento elaborado e executado que se expressa(m) a(s) prioridade(s) assumida(s). Um plano de saúde cujas priori-



dades não tenham repercussão na execução orçamentária e financeira não passa de letra morta. Um discurso que não se traduz em números, não passa de retórica. Isto é muito frequente nos palanques, quando saúde e educação são sempre prioridade, mas raramente transferidas para o orçamento.

O art. 35 da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990) pretende estabelecer critérios eqüitativos para transferência de recursos do nível federal para Estados e Municípios.

Em primeiro lugar, faz-se necessário esclarecer que os recursos não são federais, ou seja, não são de propriedade do Governo Federal, mas pelo atual modelo tributário brasileiro, eles ou são arrecadados pela União, ou a ela transferidos, e integram o Orçamento Geral da União (OGU).

De acordo com a legislação tributária, é função do Executivo preparar a proposta de orçamento de acordo com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Cabe ao Legislativo discuti-lo, emendá-lo e aprová-lo. Cabendo então ao Executivo sancioná-lo e publicá-lo.

No setor saúde, a legislação assegura, (e nós sabemos como foi árdua esta conquista), que tanto as demais esferas de Governo (Estados e Município), como os trabalhadores da saúde, os usuários, e até os prestadores privados que integram o SUS, possam participar do processo de alocação dos recursos. Isto materializa a tese de que os recursos não são federais, portanto não cabe ao Governo Federal decidir sozinho sobre sua aplicação. Cabe à Conferência de Saúde, portanto a nós, neste momento, de acordo com a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990" propor as diretrizes para a formulação da política de saúde...".

Os Conselhos de Saúde, de acordo com a mesma Lei, têm a responsabilidade de atuar "na formulação de estratégias, e no controle da execução da política de saúde... inclusive nos aspectos econômicos e financeiros...".



A Comissão Intergestores Tripartite, cujo ato legal de criação é apenas uma portaria ministerial, mas que na prática já foi legitimada na 10ª Conferência Nacional de Saúde quando emendou e aprovou a Norma Operacional Básica nº 1/96, "tem por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS...".

Devido aos poderes que a legislação estabelece, mas também à representatividade e à legitimidade desta Conferência Nacional de Saúde, ela tem poderes para estabelecer diretrizes acerca da alocação não somente dos "recursos federais" mas também dos "recursos estaduais" e dos "recursos municipais", pois aqui estamos representados e legitimados por delegação do conjunto das forças responsáveis pela construção do Sistema Único de Saúde deste País. Vale reforçar, pois, que os recursos não são federais estaduais ou municipais, mas do conjunto da população brasileira, cabendo a ela, por meio dos instrumentos legais, decidir sobre sua aplicação, e aos gestores a responsabilidade de execução conforme a legislação e diretrizes estabelecidas nas instâncias colegiadas do SUS.

159

Desde a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, passando pela 8ª, 9ª e 10ª Conferências Nacionais de Saúde, que está manifestada a vontade de mudar a sistemática de alocação de recursos que têm-se baseado sobretudo na série histórica e na oferta de serviços.

A série histórica é a forma de alocar recursos baseada no gasto do(s) ano(s) anterior(es). Dependendo da disponibilidade de novos recursos, pode haver acréscimos que geralmente são alocados naquelas áreas que "extrapolaram" seu orçamento no ano anterior, ou para aquelas áreas que "mais choraram", que mais reclamaram da falta de recursos, ou que conseguiram de várias formas sensibilizar os responsáveis pela alocação de recursos. Os critérios nem sempre são transparentes, e muitas vezes dependem de pressão ou prestígio político. Há grandes problemas neste critério de alocação:



– Geralmente não são conhecidos os critérios que determinaram o início desta série. Eles podem ou não ser válidos, mas foram estabelecidos no passado, geralmente em situação completamente diferente da atual.

– Geralmente é utilizado quando não há planejamento, não existem metas claras a atingir e sobretudo vontade política de mudar, de interferir na mudança do modelo. Representa a melhor forma de manter o *status quo*, ou seja, manter as coisas como eram e continuam sendo.

– Geralmente o fator determinante foi a oferta de serviços.

A alocação de recursos para Estados e Municípios baseada na oferta de serviços tem sido a tônica no Sistema de Saúde brasileiro. Antes uma rápida palavra sobre os primórdios do SUS. Sabemos que antes da atual Constituição, o então Sistema Nacional de Saúde era formado por dois ministérios: o Ministério da Saúde (MS) que cuidava da chamada "saúde pública": saúde preventiva, como a vacinação; atenção a grupos mais vulneráveis: criança, gestantes; e programas nacionais de combate a doenças infecto-contagiosas como tuberculose e hanseníase. O Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) cuidava da assistência médica. O INAMPS era o "primo rico". Tendo recursos para financiar inclusive grande parte das ações do MS, determinava o ritmo e os critérios da alocação de recursos. Determinava a política de assistência médica no País. Com a criação do SUDS, e depois do SUS, O INAMPS foi incorporado ao Ministério da Saúde. Apesar de incorporado, sua lógica continuou prevalecendo no MS: a alocação de recursos com base na oferta de serviços.

Na lógica da oferta de serviços, o recurso é alocado para custeio dos serviços de saúde, ou mais precisamente para custeio dos serviços de atenção à doença. É a lógica da doença que predomina sobre a saúde. O predomínio deste critério leva a várias distorções:



- Reforço das desigualdades. Alocando recursos nas regiões onde existem mais serviços, que historicamente foram privilegiadas, onde foram feitos maiores investimentos públicos e/ou privados (mas geralmente com recursos públicos). Estas regiões/Estados são geralmente mais desenvolvidas economicamente porque foram capazes de atrair maiores investimentos em outras áreas além da saúde. Geralmente têm maior capacidade também de investimento privado. Em uma palavra, reforça desigualdades por alocar mais recursos nas regiões/Estados mais ricos. Esta lógica tende a se repetir dentro dos Estados, privilegiando Municípios mais ricos.

- Reforço da doença.
- Predomínio da alta tecnologia.
- Predomínio do setor privado.
- Pagamento por produção.
- Maior risco de fraudes.
- Investimentos desnecessários.
- Reforço a atuação de *lobbies*.

Estas todas são características do critério de alocação baseado na oferta de serviços. Além de tudo, este critério apresenta uma grande inércia, ou seja, tendência a se perpetuar e até a se acentuar por meio da atração de investimentos para as áreas mais ricas.

Ao propor novos critérios para alocação de recursos, identificamos dois obstáculos a transpor:

1. Identificar estes critérios com precisão, com todas as variáveis de modo que toda a informação necessária à sua execução esteja disponível para todos os Estados e Municípios do País. Estes critérios devem aperfeiçoar o processo alocativo na direção da equidade, e dos demais princípios do SUS.



2. Caso a aplicação destes critérios resulte em proposta de valores muito diferentes dos tetos financeiros hoje estabelecidos para Estados e Municípios, como fazer a transição? Como caminhar de um cenário a outro, sem inviabilizar serviços necessários à população, sem piorar a oferta de serviços nas áreas que hoje têm melhor oferta?

Tentativas de mudanças radicais no Sistema de Saúde, invertendo a pirâmide dos gastos, priorizando a atenção primária, no passado como o Prevsáude, foram tão combatidas que não saíram do papel. Foram abortados no ventre ou nasceram mortos. Todos sabemos que há fortes interesses defendendo o modelo de alocação baseado na oferta. Alguma atenuação aconteceu por conta da defasagem dos preços praticados. Para aquelas áreas onde ainda há preços compensatórios, as pressões permanecem.

As tentativas até agora de regulamentar o art. 35 da Lei Orgânica da Saúde (LOS), tanto por parte da Academia (ABRASCO), quanto por parte do Serviço (MS), foram infrutíferas. Os grupos de trabalho até agora montados foram incapazes de propor critérios que conciliassem, ou melhor, que considerasse tanto critérios para as doenças próprias da miséria, quanto as doenças "relacionadas ao progresso". Como conciliar o combate à mortalidade infantil, às doenças diarreicas, à desnutrição, que requerem ações intersetoriais, predominantemente preventivas, com acesso à cirurgia cardíaca, ao tratamento de câncer, à UTI?

É verdade que há algo em comum nestas duas realidades: a alta mortalidade por doenças cardíacas pode ser reduzida por desenvolvimento de hábitos saudáveis de vida (não fumar, alimentação saudável, atividade física, controle do peso etc.), e tratamento de outros fatores de risco na atenção primária (hipertensão, diabetes, colesterol alto). O mesmo pode ser dito para alguns tipos de câncer cujos fatores de risco são já bem conhecidos, ou que podem ser detectados precocemente. Também é verdade que as realidades descritas no parágrafo anterior, em muitos Estados brasileiros, convivem lado a lado. É comum sobretudo no Sudeste, principai-



mente na periferia das grandes cidades, existir bolsões de pobreza que não têm acesso a serviços básicos e apresentar indicadores de saúde semelhante aos do Nordeste. Por outro lado, alguns Estados do Nordeste, sobretudo Ceará, Pernambuco e Bahia, têm já uma rede de serviços de alta complexidade e grande demanda para eles, convivendo lado a lado com doenças típicas das regiões pobres. Então existe praticamente em todo o Brasil, em maior ou menor grau, patologias preveníveis com a atenção básica, ao lado de outras que necessitam meios diagnósticos e terapêuticos sofisticados.

Considerando então que os extremos opostos desta realidade apresentam fatores condicionantes diversos, apresentam estrutura de gasto também diversa, embora com algo em comum como foi citado, qualquer critério de alocação de recurso deve considerar esta situação.

Para dar conta desta realidade complexa, vemos duas alternativas:

1. O modelo inglês: por meio de uma fórmula matemática complexa, aloca recursos proporcionalmente a uma série de fatores que aumentam o risco de necessitar de serviços de saúde. No caso brasileiro, esta fórmula deveria contemplar tanto doenças da miséria como "doenças do progresso".

2. O atual modelo brasileiro que compartimentaliza os recursos. Atualmente os recursos transferidos para Estados e Municípios estão divididos em Piso de Atenção Básica (PAB), e média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Na alta complexidade, por sua vez, parte dos recursos não é transferida, mas tem seus procedimentos pagos diretamente por meio do Fundo Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

Em uma visão de futuro, em que a população organizada possa efetivamente exercer o controle social do SUS, tanto na definição de prioridades quanto no acompanhamento dos gastos, em todos os níveis do sistema, do mais isolado município na floresta amazônica ao Distrito Federal; do mais pobre





Município do sertão nordestino à megalópole de São Paulo, estabelecidas as diretrizes e prioridades nacionais, não haveria necessidade de compartimentalizar os recursos. Entretanto não é esta a realidade presente, pelo menos em todo o País.

O apelo, inclusive emocional, também por meio da mídia, é muito forte no sentido de carrear recursos para a assistência à doença. Há claramente necessidades não atendidas como por exemplo acesso a leitos de UTI. Não havendo destinação específica de recursos para a atenção básica, é muito forte a tendência ao imediatismo: fortalecer emergência, pagar internações acima do teto, reduzir a fila de cirurgias eletivas, enquanto a área de promoção, proteção da saúde e prevenção de doenças mendiga recursos como aconteceu sempre antes da criação do PAB.



Há que se mencionar também certa promiscuidade existente ainda em alguns locais entre gestores e prestadores: é o diretor de hospital, o dirigente de uma fundação que de repente é investido no cargo de secretário de saúde. É o médico autorizador que no outro expediente trabalha na entidade prestadora de serviço. Aliás, esta fragilidade na função reguladora não é apanágio do setor saúde. Há tempos que se discute a "quarentena" para diretores do Banco Central antes de retornar à iniciativa privada, para não atuarem como consultores com informações privilegiadas.

Um aspecto que se reveste da maior importância é como é feita esta divisão do bolo; quem faz esta compartimentalização dos recursos. Conforme está acima fundamentado, quando o Conselho Nacional de Saúde, ou mesmo a Comissão Intergestores Tripartite, aprova uma proposta de alocação de recursos que se baseia em diretriz emanada desta Conferência, ainda que esta proposta seja efetivada através de uma portaria ministerial, não é o Ministério da Saúde que o faz, mas o conjunto de forças responsáveis pelo SUS, aqui representadas.



Por tudo isto que foi mencionado, parece razoável que os recursos sejam alocados mediante algumas exigências. Não se trata de defender a forma convencional, onde as exigências eram negociadas entre as partes em recintos fechados, geralmente com alguma intermediação duvidosa, mas de defender pactos nacionais nos critérios de alocação e nas contrapartidas. Isto vale tanto para o PAB variável, e PAB ampliado, quanto para aspectos de qualidade e humanização do atendimento.

No aspecto de qualidade, é necessário que os incentivos concedidos (UTI tipo II e III, Urgência e Emergência, Atendimento a Gestante de Risco, Neurocirurgia etc.), não tenham como base somente indicadores de estrutura (área física, equipamentos e RH, mas possa incorporar, pelo menos no seu monitoramento e avaliação, indicadores de resultado.

Alguns países, como por exemplo a Espanha, incorporou a acreditação como etapa prévia ao cadastramento de unidades para prestar serviços junto ao Sistema Nacional de Saúde. Lá a exigência para uma unidade se instalar como prestador privado é uma. Mas para ser incorporada ao Sistema de Saúde, e receber recursos públicos, é muito maior. Entre nós a acreditação é um processo voluntário, sem nenhuma vinculação com as exigências para funcionamento ou "credenciamento" ao SUS.

Quanto à alocação de recursos para a humanização de atendimento, é um aspecto que o SUS não tem ainda experiências suficientemente difundidas para que se possa avaliar. A mais antiga é a do Hospital Amigo da Criança que premia aquelas unidades que incentivam o aleitamento materno. As atuais iniciativas em relação a pré-natal e parto são muito recentes para avaliar. Talvez o grupo tenha que se debruçar um pouco mais sobre este aspecto.

Parece que esta área necessita de uma maior participação local, já que muitos aspectos da humanização têm a ver com a cultura local, e somente podem ser avaliados localmente.



Muitos aspectos da humanização do atendimento tem a ver com o trato, com a relação entre profissional e usuário, equipe de saúde e cidadão e dependem muito das condições de trabalho dos profissionais, mas sobretudo da sua consciência enquanto cidadão.

Nos parece também que o aspecto da humanização deva ser obrigatoriamente incorporado na avaliação de qualidade, pois não se presta serviço de qualidade somente com uma área física adequada, equipamentos de última geração e profissionais com especialização comprovada.

A alocação de recursos é uma das funções mais importantes do gestor. Por isto mesmo, necessita do acompanhamento de perto das instâncias colegiadas. Pode-se dizer que se os conselhos não estão participando dela, não está havendo controle social.



Bibliografia

1. Lima, H et col., *Pequeno dicionário da Língua Portuguesa*, ed. Civilização Brasileira, 11a ed. Rio de Janeiro.
2. *id. ibd.*
3. Holanda, A. B.
4. Mendes, E. V.
5. Capistrano Filho, D.: *Da Saúde e Das Cidades*; ed. Hucitec, São Paulo, 1995.





Remuneração dos prestadores diretos de ações e serviços de saúde: do financiamento de interesses privados à garantia de qualidade, acesso e humanização

Alcindo Antônio Ferla²

Fernando Martins Júnior³

A remuneração das ações e serviços de saúde no contexto das discussões do financiamento da saúde

Importantes discussões sobre a reformulação dos sistemas nacionais de saúde têm sido feitas tanto nos países ricos como nos países em vias de desenvolvimento, não somente com propostas de mudança qualitativa nas políticas de saúde, mas também na busca de conter os gastos do setor, provocados, em grande parte, pela incorporação de avanços tecnológicos e, ao mesmo tempo, pela extensão de acesso aos usuários a equipamentos de saúde com qualidade.

Várias proposições têm sido colocadas em prática na tentativa de redução dos gastos nos sistemas de saúde: introdução de mecanismos de competição entre prestadores (*managed care*), mecanismos de contenção de custos e de demanda (*cost-containment*), controles sobre a quantidade e preço de insumos, controle da incorporação tecnológica, orçamentação global de serviços, tabelas de pagamentos, copagamento etc.

O grande problema da maioria dessas propostas é que reduzem a saúde à lógica de mercado, avaliando somente a relação custo/benefício, como se fosse possível desconsiderar

¹ Este texto estava sendo escrito por ocasião do desaparecimento de um grande homem público e defensor do SUS: David Capistrano Filho. Que a 11ª Conferência Nacional de Saúde possa homenageá-lo com sua lembrança e com muita intensidade de trabalho pela plena efetivação do SUS.

² Médico, Coordenador da Assessoria de Técnica e de Planejamento e Chefe de Gabinete da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

³ Médico, Coordenador de Regulação das Ações e Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.



suas especificidades e acreditar que seja viável aos usuários "escolherem" o momento e o serviço a ser consumido.

Para os países latino-americanos, as propostas produzidas pelas exigências de ajuste do Fundo Monetário Internacional (FMI) e apoiadas por outras instituições internacionais (BID, BIRD, OPS/OMS), têm sido orientadas por uma lógica economicista de redução do custo social e se apoiam em diretrizes de focalização de clientela, adoção de cestas básicas de ações e serviços, descentralização como desresponsabilização de governos centrais, privatização de serviços públicos e participação social na contenção e seleção de gastos.

Para que se possa avaliar e escolher entre as diversas possibilidades de reformulação dos Sistemas de Saúde e, por decorrência, da forma como se produzirá o ressarcimento das ações e serviços prestados, é necessário estabelecer primeiro com qual concepção de saúde se está trabalhando. A saúde como um direito coletivo em busca da produção de equidade ou como uma responsabilidade individual que aprofunda as condições de exclusão e miséria.

Uma rápida análise de sistemas de saúde no mundo e suas reformulações recentes pode orientar essa discussão.

O sistema britânico, por exemplo, é basicamente público, com acesso universal e organizado com hierarquização regional; trabalha com pagamento por orçamento das unidades a partir da captação de clientela, existindo forte regulação e controle do Estado e da sociedade. Em 1993 o gasto governamental em saúde era em torno de 5,2% do PIB, uma das menores proporções dos países da Europa, e, no entanto, era o sistema que oferecia melhor índice de cobertura e satisfação da população. Apesar do alto índice de cobertura e de satisfação da população, na década de 90 foram adotadas estratégias para conter custos e aumentar a produtividade, nas quais o Estado passaria de financiador e provedor de serviços a comprador de serviços e regulador da oferta. Os objetivos das reformas não se concretizaram, não houve



redução financeira expressiva e a competitividade esperada não aconteceu, já que não havia excedentes de oferta.

Outras experiências européias também tiveram como característica comum a tentativa de produção de resultados e de ampliação da qualidade. Na Suécia, por exemplo, foram introduzidos mecanismos de competição pública, a gestão e propriedade dos serviços se mantém estatal e admite-se a livre escolha pelos usuários entre os diversos serviços. Os serviços trabalham com orçamentação vinculada à população que atendem. O gasto com saúde mantém-se estável em relação ao PIB (em torno de 9%) e tem sido possível qualificar a atenção através da redução dos cuidados hospitalares e ampliação da atenção ambulatorial.

O sistema norte-americano, basicamente privado, é caracterizado por uma visão assistencialista, na qual o sistema público presta serviço apenas a grupos específicos. O papel governamental se resume quase exclusivamente ao financiamento e algumas ações de regulação. A cobertura da maioria da população é feita por seguros privados e para grupos específicos, como idosos e portadores de algumas doenças, são oferecidos serviços estatais, muitas vezes associados a sistemas de co-pagamento. Os gastos com saúde giram em torno de 12% do PIB (1993) e, apesar disso, praticamente 15% da população está excluída do acesso à saúde por não se enquadrar em programas governamentais e não ter condições de custeio dos seguros privados. Destaca-se que, entre os países ricos, os Estados Unidos apresentam as maiores taxas de mortalidade infantil e a insatisfação da população com o sistema é cada vez maior.



No Brasil, a estratégia da saúde como direito coletivo é definição constitucional. A essa definição, conquistada através da luta dos movimentos sociais, deve-se somar as condições de saúde da população, que impõem a busca incessante de mecanismos de construção da equidade. Nessas condições, é necessário construir políticas que facilitem o acesso, avancem na qualificação e humanização dos serviços.



tenham a proposição de redução de custos como forma de estabilização do sistema, não apenas como resultado de uma lógica de economizar recursos, e que reforcem o papel do Estado como gestor e regulador de todo o sistema para proporcionar equidade, em contraponto às propostas de focalização, cesta básica e privatização.

O desafio que atravessa esse texto, portanto, é o de relatar e propor formas de transformar a política de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente da "ponta", num estímulo à equidade, à garantia de acesso e de qualidade, enfim, à humanização do atendimento, assim entendido não somente o resultado da ação dos profissionais, mas do conjunto das relações que a rede de ações e serviços de saúde estabelecem com o usuário. Para isso, se fará a análise contextualizada das formas e dos mecanismos de financiamento direto das ações e serviços de saúde, assim entendida a aplicação de recursos financeiros necessários para a viabilização concreta, "na ponta", das ações de saúde necessárias à população.

Essa análise será feita por meio da apresentação dos principais aspectos do financiamento das ações e serviços adotados no país desde a década de 70 e da descrição de experiências concretas e recentes do Estado do Rio Grande do Sul no que se refere ao financiamento das ações e serviços de saúde, com o objetivo de que sejam conhecidas e avaliadas e, a juízo dos delegados da 11ª Conferência Nacional de Saúde, sirvam de parâmetro nas discussões para a definição da política nacional de financiamento da saúde.

Viabilizando os interesses particulares com os recursos públicos: a história do financiamento da saúde no Brasil

A matriz de financiamento direto das ações e serviços de saúde no Brasil manteve-se praticamente estável dos anos 70 até meados da década de 90. Resumidamente, essa matriz caracterizava-se pela alta centralização de recursos e do poder decisório nas instâncias federais, pela privatização da oferta



de serviços curativos e pelo atendimento seletivo, com limitações de acesso de importantes segmentos da população. As políticas oficiais de financiamento direto das ações e serviços não exerciam qualquer influência na mudança dessas características, como também sobre a completa desintegração e fragmentação existentes entre os diversos órgãos responsáveis pela organização e pela execução dessas ações. Pelo contrário, sofriam influências diretas dos setores interessados, principalmente os hospitais contratados, inclusive com a indicação de representantes para os órgãos de direção do sistema.

Dois órgãos do governo federal dividiam entre si de forma desintegrada os poderes regulador e normatizador e os recursos para as ações de saúde: o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência Social (MPS), principalmente por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

O Inamps, que administrava 90% dos recursos da previdência destinados à saúde, era responsável pelas ações curativas de diagnóstico, tratamento e reabilitação aos trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho e, portanto, contribuintes compulsórios da previdência oficial. Os procedimentos, contratados da rede assistencial privada, eram pagos diretamente aos prestadores a partir da produção informada, existindo muito pouco controle e regulação. O controle dos pagamentos era e é feito de forma distinta para a assistência ambulatorial e hospitalar.

Para a área hospitalar, até o início da década de 80, era utilizado o Sistema Nacional de Controle e Pagamento de Contas Hospitalares (SNCPCH). Os hospitais contratados apresentavam uma fatura de serviços, condensada a partir das Guias de Internação Hospitalar (GIH), com valores livres até um limite máximo estabelecido, que variava por tipo de doença ou por procedimento médico. Boa parte do processo era feita manualmente o que, aliás, só foi mudado significativamente a partir de 1994, quando o sistema de controle de



pagamento foi descentralizado e os formulários impressos foram substituídos por formulários eletrônicos.

A partir de 1983 o controle foi aperfeiçoado. O Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) previa uma remuneração fixa por procedimento, com valores médios definidos por meio de uma tabela nacional, podendo ser faturados pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH) até o limite de um conjunto de serviços padronizados nacionalmente para cada tipo de caso. A partir de 1986, a AIH e a remuneração por procedimentos foi estendida dos hospitais privados contratados aos hospitais filantrópicos, depois aos hospitais universitários e de ensino. Em 1991, após a criação do SUS e a transferência do Inamps para o MS, esse Sistema foi renomeado para Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e passou a ressarcir também hospitais públicos.



Foi somente a partir de 1995, entretanto, com a descentralização do sistema, que permite aos gestores estaduais e municipais um acompanhamento direto sobre as faturas, e com o desenvolvimento de aplicativos de informática para o tratamento e uso das informações, que passou-se a ter maior controle dos pagamentos, insuficiente, é verdade, para zerar as fraudes no sistema. As principais críticas que ainda são feitas a esse sistema: permanece suscetível a fraudes; apresenta defasagem nos valores de muitos procedimentos, o que provoca a redução da oferta e o represamento de demandas; padroniza procedimentos para todo o país, supondo uma homogeneidade inexistente no modo de adoecimento e, principalmente, no acesso a procedimentos de diagnóstico e tratamento. Mantém-se uma lógica de controle burocrático, somente alterada pelos sistemas de crítica eletrônica e, principalmente, pelo envio de faturas selecionadas para os usuários do sistema. Uma reivindicação antiga dos fóruns de controle social, a emissão de faturas revisadas e assinadas pelos usuários, jamais foi implementada.

Estima-se que sejam faturados no SIH-SUS aproximada-



mente 70 a 80% dos procedimentos hospitalares realizados no País, chegando a mais de 90% dos procedimentos de alto custo e alta complexidade, que não são cobertos por planos e seguros privados de saúde.

Em relação à assistência ambulatorial, o controle dos pagamentos mostrou mais fragilidades do que na área hospitalar. Autorizações de Pagamento (AP) e, posteriormente, as Guias de Autorização de Pagamento (GAP) atravessaram as décadas de 70 e 80 como meros instrumentos de ordenação do pagamento realizado à rede contratada pelo Inamps. A partir de 1991, foi instituído o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), de forma descentralizada para todos os Estados do País, cuja tabela de procedimentos também privilegiou ações de assistência desagregadas. O controle restringia-se a aspectos formais: avaliação dos limites programados de procedimentos e o volume equivalente de recursos financeiros, bem como a dados de cadastramento de unidades, sua capacidade instalada e a correlação com os procedimentos realizados.

Esse sistema, procedimento-centrado, contemplando apenas superficialmente as ações de promoção e proteção à saúde, traduz a própria lógica da política vigente de privilegiamento da assistência e acompanhamento de gastos, ao invés de instrumentalizar o acolhimento ao direito constitucional dos usuários de uma atenção integralizada e qualificada. A criação do Cadastro Nacional de Usuários do SUS, objetivando a implantação do Cartão Nacional de Saúde, deverá permitir um avanço importante nesse sistema de controle.

A partir da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), o fluxo de controle do SIA foi alterado. Os atendimentos ambulatoriais básicos passaram a ser remunerados por valores per capita, por meio do Piso de Atenção Básica (PAB), e foram desagregados do fluxo de pagamentos do Sistema; os procedimentos de média complexidade foram mantidos na lógica do SIA e aqueles de alta complexidade (hemodiálise, quimio/radioterapia) foram destacados num sistema de re-



gistro chamado de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), que identifica os usuários e individualiza os registros.

Se as lógicas de controle de pagamentos dos procedimentos mantêm-se praticamente inalteradas desde a década de 70, apesar das mudanças de denominação, da informatização e de algum aprimoramento no controle dos excessos e das fraudes, as políticas de organização do sistema de saúde tiveram significativas mudanças nesse período. Em 1974, quando a morbi-mortalidade por causas externas já sensibilizava os indicadores de saúde e as avaliações internacionais, o Programa de Pronta Ação (PPA) previu o pagamento da produção de ações de pronto atendimento prestadas por meio de serviços contratados pelo Inamps, como estratégia para universalizar o atendimento de urgência.

O Ministério da Saúde e, em menor escala, as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, permaneciam sendo responsáveis pelas ações preventivas, realizadas principalmente por meio das campanhas de cunho higienista e com uma pequena fração dos recursos financeiros. O atendimento primário de saúde era desenvolvido principalmente por Estados e Municípios. Para o desenvolvimento dessas ações, Ministério e Secretarias de Saúde dependiam quase que exclusivamente dos seus orçamentos fiscais e dos serviços próprios.

Outra iniciativa relevante no financiamento da saúde, também fortalecedora da iniciativa privada com os recursos públicos, foi desenvolvida principalmente até a década de 80 por meio de uma sucessão de estratégias oficiais de aquisição de insumos, materiais, medicamentos e contratação de empreiteiras para a construção e a reforma de unidades e serviços de saúde. Bom exemplo desse tipo de iniciativa foi a criação, em 1974, do Fundo de Assistência Social (FAS), que financiou a grande ampliação da rede hospitalar privada na segunda metade da década de 70 por meio de linhas de crédito administradas pela Caixa Econômica Federal.



A partir de 1975, a Lei Federal nº 6.229, que criou o Sistema Nacional de Saúde (SNS), tentou organizar as ações médicas e a política nacional de saúde, embora mantendo a divisão desarticulada dos subsistemas sob responsabilidade dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social (MPAS), assim como a atrofia das ações de promoção e proteção da saúde. O SNS estabelecia incentivos técnicos e financeiros para Estados e Municípios organizarem seus serviços próprios de saúde, fundamentalmente com ações básicas de saúde, e para articulá-los com o nível federal. Também estabelecia como atribuição municipal a manutenção de serviços de pronto-socorro e ações de vigilância epidemiológica.

A crise econômica e financeira da Previdência Social do início da década de 80 abalou a suposta eficiência da parceria entre os setores público e privado estabelecida na década anterior. A necessidade de um modelo mais racionalizador, bem como as intervenções do então emergente Movimento Sanitário, que criou uma agenda política sintonizada com o clima de democratização, em torno das idéias de descentralização, integração e universalização, desencadearam significativas mudanças na organização e no funcionamento dos serviços de saúde. Esse processo, conhecido como Reforma Sanitária Brasileira, produziu ajustes significativos no financiamento e no funcionamento do Sistema Nacional de Saúde.

As Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1982, e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, desencadearam padrões mais estáveis de descentralização das ações e serviços de saúde e de repasses financeiros para ampliação da rede própria de serviços, para a contratação de trabalhadores e serviços e para a manutenção de serviços próprios. Boa parte da rede pública federal (ambulatorial e hospitalar) foi estadualizada e houve uma expansão significativa de serviços próprios estaduais e municipais, tornando os serviços públicos os principais fornecedores de ações aos usuários do sistema público de saúde. Descentralizou-se a execução do gasto, mas também foram reduzidos os recursos



originários das contribuições sociais e do orçamento da Seguridade Social, aumentando o gasto com recursos fiscais dos orçamentos das três esferas de governo. Para muitos analistas, inclusive, o encolhimento do recurso federal e a redução da participação dos serviços privados (em boa parte pela diminuição dos recursos públicos destinados a eles) é uma das explicações do movimento de descentralização: o objetivo teria sido não a aproximação dos serviços à população usuária mas, simplesmente, a descentralização da assistência num movimento de separação entre a função de financiamento e coordenação da prestação de serviços e, assim, possibilitar maior flexibilidade do nível federal no planejamento de seu orçamento sem a pressão direta dos usuários dos serviços, prestadores, trabalhadores e demais gestores.

Independentemente das explicações, o fato é que com a descentralização, produziu-se o aprimoramento dos mecanismos de controle dos pagamentos, introduziram-se contratos para a compra de serviços e foram criadas instâncias gestoras descentralizadas com a participação de diversas instituições (CIPLAN, CIS, CIMS e CLIS).

A partir da Constituição Federal de 1998 iniciou-se um movimento em direção à organização e ao funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do ideário do Movimento Sanitário. A NOB 01/91 redefiniu a lógica de financiamento e de organização da saúde, fortalecendo o processo de descentralização. Entretanto, consolidou o pagamento ao setor público por produção de serviços. A lógica do extinto Inamps, de compra de serviços privados, em grande parte, continuou prevalecendo.

Após a 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em agosto de 1992, foi editada a NOB 01/93 ("A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei"), que inaugurou o repasse de recursos na modalidade fundo a fundo a Municípios e Estados. Ao final de 96, em torno de 63% dos Municípios brasileiros estavam habilitados em alguma das formas de



gestão previstas, porém a maior parte dos recursos continuaram a ser repassados na forma de pagamento de prestação de serviços.

A partir de fevereiro de 98, sob a vigência da NOB 01/96, amplia-se a habilitação dos Municípios e ocorrem grandes avanços nos repasses fundo a fundo com a instituição do Piso de Atenção Básica (PAB). Apesar do valor de R\$10,00 do PAB, em contraposição aos R\$18,00 propostos como valor mínimo, sem reajustes até hoje, e das dificuldades de garantir a aplicação dos dispositivos legais para reverter a forma de financiamento baseado em compra de serviços, a descentralização da gestão da saúde e os repasses fundo a fundo propiciaram uma real ampliação dos serviços públicos de saúde, principalmente municipais, passando a responder pela grande maioria dos atendimentos "básicos", hoje acessíveis à maior parte da população.

Parece-nos importante destacar que, no geral, o financiamento das ações básicas, realizadas principalmente pelos serviços municipais, não tem mais se dado na forma de compra de procedimentos. Na média e alta complexidade, ofertada principalmente por serviços privados, a maior parcela do financiamento ainda se dá por produção, permanecendo a lógica do Inamps.

179

Ainda em relação ao financiamento da atenção básica, houve aumento dos recursos federais de 97 até agora. Em 1997 o MS gastou com a atenção básica em torno de R\$1,5 bilhão, enquanto em 99 foram gastos R\$ 2,7 bilhões. Também na área da média e alta complexidade os gastos do MS foram ampliados de R\$7,3 bilhões em 97 para cerca de R\$10,5 bilhões em 99, com uma previsão de gastos de R\$12,5 bilhões em 2000.

Entretanto, apesar da aparência animadora, estes números, não se traduzem em aumento do gasto global do MS. Em 1997 o gasto do MS foi em torno de R\$19 bilhões, em 98 R\$19,5 bilhões, em 99 R\$20,3 bilhões e a previsão para 2000 é em



torno de R\$22 bilhões. Pode-se observar que o aumento dos gastos com assistência supera a ampliação do gasto global com saúde, o que permite concluir que este aumento tem se dado às custas de redução em outras áreas também fundamentais à atenção à saúde.

É necessário que se analise também a participação da saúde nos gastos da União. Para exemplificar pode-se usar o ano de 1995, no qual o Ministério da Saúde teve um orçamento correspondente a 50% das receitas de contribuições arrecadadas. No ano de 2000 foram realizados, por enquanto, em torno de 27% dos recursos das contribuições sociais. Fica evidente que apesar da CPMF ter sido aprovada para custear a Saúde, serviu apenas como fonte substitutiva de recursos e não como fonte adicional. A participação da dívida nos gastos também diminuiu os recursos para a "ponta" do sistema. Em 1995 a despesa com juros (R\$16,8 bilhões) correspondeu a 57% da receita de contribuições, enquanto em 2000 a despesa prevista com juros (R\$78,1 bilhões) é superior às receitas de contribuições.

Para 2001, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, estão previstos para o MS R\$24,3 bilhões, inferiores ainda aos R\$37,2 bilhões que se teria se fosse mantida a proporção do Orçamento da Saúde em relação às Contribuições Sociais alcançada em 1995. É claro que a vinculação de receitas obtidas com a Emenda representa um avanço para a área da saúde, porém este avanço é bem inferior ao que se pretendia com a PEC original.

A instituição do PAB, mesmo sem cumprir a legislação (apenas repasses *per capita*), e sem reajustes desde a sua implantação (desconsiderando a inflação setorial), tem propiciado aos Municípios a possibilidade de trabalhar com a lógica da população a ser coberta pelo sistema e não com procedimentos a realizar, além de permitir que a avaliação do sistema se dê principalmente pela análise de resultados e não da análise processual ou de custos associados a número de procedimentos. Entretanto, são necessários mecanismos que



ampliem a participação do gestor federal no financiamento da Atenção Básica sob pena de perda das conquistas alcançadas. Hoje a única alternativa disponibilizada pela União para ampliação do custeio nessa área é a instituição do Programa de Saúde da Família. Muitos Municípios o tem implantado não por uma questão conceitual, mas pela busca de novos recursos para o setor.

Sem dúvida os conceitos preconizados no PSF, como acolhimento, vinculação e adscrição, ampliam a qualidade da atenção. Porém, a sua adoção como única estratégia de saúde, através de um modelo verticalizado e igual para todas as diversas realidades locais, responde melhor à lógica de agências internacionais através dos pressupostos de focalização e seletividade pela implantação de cesta básica. Além disso, o PSF isoladamente não responde à proposição de integralidade. O que tem sido visto é que aumenta a demanda por serviços de média complexidade, aos quais as equipes não conseguem responder e que o sistema não tem estratégias integradas para absorver.

Vários Municípios têm implantado projetos que trabalham com os mesmos conceitos de acolhimento, vinculação e adscrição, alcançando bons resultados em seus sistemas de saúde, porém, como não seguem a normatização formal, são excluídos da possibilidade de ampliação do financiamento da atenção básica.

Nunca é demais lembrar que a idéia de unicidade do sistema não é a repetição de modelos verticalizados iguais em todos os Municípios, mas sim a proposição de diretrizes e estratégias comuns que ampliem a qualidade e o acesso e principalmente efetivem a integralidade da atenção. A autonomia para ajustes à realidade local é a melhor e mais eficiente forma de buscar essa qualidade.

Quanto à média e alta complexidade, a proposta predominante continua sendo o custeio por produção de serviços, reforçando a lógica de produção de doença para conseguir



acesso ao financiamento. A avaliação se dá principalmente de forma processual e pelo custo individual de cada procedimento.

Nesse contexto há que se analisar que os valores da Tabela Nacional de Procedimentos, defasada em seus valores globais, mas com valores adequados de custeio para a alta complexidade, têm provocado uma busca desenfreada de incorporação tecnológica pelos serviços na tentativa de se viabilizarem financeiramente. Este perfil de financiamento tem estrangulado cada vez mais o acesso à média complexidade, com aumento dos gastos em alta complexidade e poucos avanços na equidade.

Aliado a isto, as propostas de incentivos a redes específicas de assistência, como urgência e emergência e gestação de alto risco, respondem muito mais à lógica de incorporação de procedimentos do que a propostas de integralidade da atenção, reforçando novamente o custeio por procedimentos, pois os incentivos são calculados sobre a produção, ampliando o caráter assistencialista em detrimento de propostas globais de atenção à saúde.

10ª Conferência Nacional de Saúde: mais recursos, mais controle, fortalecimento da rede pública e critérios mais equânimes

A discussão do financiamento da saúde acompanhou os trabalhos da 10ª Conferência Nacional de Saúde (10ª CNS), em 1996. Conforme pode ser constatado no seu Relatório Final⁴, as formas de repasse de recurso aos executores finais (prestadores públicos, filantrópicos e privados) das ações de saúde foram discutidas de forma integrada ao contexto mais geral do financiamento da saúde. Este, por sua vez, foi discutido não somente como um importante meio da plena implementação do SUS, como também como um fator para

⁴ Conferência Nacional de Saúde (10ª : 1996 ; Brasília). Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. (Disponível também na Internet: www.datasus.gov.br/ens)



induzir à superação da suposta lógica reguladora do mercado, essa máxima dos ajustes neoliberais que mostra-se eficaz na fragmentação e no esvaziamento das políticas sociais e no crescente deterioramento das condições de vida. Para os participantes daquela Conferência, não somente as estratégias de remuneração direta por ações e serviços deveriam sofrer ajustes, mas a própria política de financiamento do setor como um todo deveria ser reorientada. Nesse movimento, recursos financeiros suficientes, critérios de repasse fortalecedores da equidade, transparência no uso desses recursos, indução da qualidade e da oferta de ações e serviços pelo financiamento e subordinação da utilização dos recursos financeiros ao controle social seriam mecanismos imprescindíveis, intimamente associados à forma de remuneração dos prestadores.

Nesse processo, as três esferas de gestão, de forma solidária, são responsáveis pelo financiamento de ações e serviços de saúde (e também pelas demais despesas de manutenção do sistema). Variam os parâmetros para definição dos valores correspondentes à "fatia" de responsabilidade de cada um. Em relação à União, tanto as contribuições sociais como as receitas fiscais devem ser utilizadas para a saúde. Os Estados devem transferir recursos próprios para os Municípios, regular e automaticamente, a partir de critérios técnicos. A forma do repasse deve ser flexível, do ponto de vista administrativo, estar vinculada à deliberação dos Conselhos e garantir a autonomia do gestor local na sua utilização para o provimento de ações e serviços de saúde.



Também é possível identificar em diversas partes do relatório final que a alocação de recursos deve ser um mecanismo de produção de equidade, superando a lógica existente de financiamento das ações de saúde, que "reforça o modelo de saúde baseado na atenção hospitalar e na medicalização da saúde, em detrimento da atenção integral à saúde" (p. 54), "ênfatisa a produção de atos fragmentados e individuais [e] (...) privilegia as ações curativas, em detrimento de ações preventivas, além de apresentar valores defasados e pagos



com freqüentes atrasos" (p. 52). O sistema de pagamento por produção deve ser revisto, mesmo para os serviços contratados, considerando valores diferenciados para serviços localizados em municípios pequenos, para serviços públicos, para serviços com a complexidade tecnológica adequada ao perfil epidemiológico e às necessidades de saúde da população e para serviços que cumpriram metas de cobertura e qualidade na atenção dispensada à população.

Para os participantes da 10ª CNS, a descentralização aparece associada à execução prioritária de ações e serviços de saúde no Município, mas também à autonomia e ao comando único descentralizado, demonstrando uma perfeita intimidade com a idéia de descentralização de poder e recursos prevista constitucionalmente. Essa associação demonstra uma clara intenção de mudança na lógica que tenta transformar o Município em um mero prestador de ações e serviços de saúde. Não está em questão apenas quanto e como pagar um procedimento isolado, mas a garantia da autonomia do gestor de organizar o financiamento da atenção à saúde como um todo na medida da necessidade e da realidade local.

capacitação de pessoal e custeio da folha de pagamento representam uma espécie de "remuneração" pelo trabalho. Quanto à capacitação, pelas ações desenvolvidas, os participantes da 10ª CNS tiveram uma posição clara de responsabilização dos três gestores. A oferta de atividades de capacitação, custeadas com recursos públicos, de acesso a todos os trabalhadores de saúde, é proposta como uma ação gerencial que atualiza tecnicamente, favorece a humanização e estimula os trabalhadores a qualificar a atenção oferecida pelos serviços. Independente da forma como se remunera as ações propriamente ditas, o gasto com a capacitação deverá ser garantido com recursos próprios do sistema. Além disso, a União e os Estados devem garantir o custeio da folha de pessoal dos serviços municipalizados ou estadualizados em padrões no mínimo equivalentes àqueles anteriores à descentralização. Ou, explicitando ainda mais a idéia da responsabilidade compartilhada entre os gestores: "o financiamento das folhas de



pagamento do setor público de saúde deve ser mantido pelas três esferas de governo" (p. 62), por meio de uma Câmara de Compensação Salarial que também possibilite corrigir as atuais distorções salariais.

Para os participantes da 10ª CNS, a garantia de investimentos na rede de ações e serviços de saúde também é uma ação que deve ser compartilhada pelos três gestores. Esses investimentos devem assegurar que as unidades e serviços de saúde tenham estrutura física, recursos tecnológicos suficientes e adequados à complexidade programada na rede local, "evitando dispersão de recursos e paralelismo de ações e garantindo um sistema de referência e contra-referência" que considere as necessidades e problemas de saúde da população (p. 55). Mesmo os gestores não diretamente responsáveis pela gerência dos serviços são responsáveis pelos investimentos necessários: União, Estados e Municípios devem garantir os investimentos necessários à "organização dos serviços de referência especializada e de maior complexidade em municípios-pólo" (p. 24).



Uma preocupação importante dos participantes da 10ª CNS foi com a manutenção do poder aquisitivo dos recursos destinados às ações e serviços de saúde. Para tanto, estabeleceram que os três gestores do SUS deveriam criar "sistemas de apuração de custos" incluindo não somente a assistência, mas também as ações de promoção e vigilância, de tal forma que fosse possível "estimar e quantificar os recursos financeiros necessários para atender os problemas e necessidades de saúde da população e servir de instrumental técnico para os gestores do SUS e os Conselhos de Saúde" (p. 56). As atuais tabelas de valores de procedimentos, incluindo novas ações de atenção à saúde e transformadas em tabelas referenciais de custos, serviriam como parâmetro para atualização dos tetos financeiros repassados pela União e pelos Estados aos gestores estaduais e municipais; também, quando fosse o caso, para os reajustes dos valores repassados aos prestadores.



A preocupação com a garantia da responsabilidade solidária dos três gestores no financiamento das ações e serviços de saúde, considerando o processo constitucional de descentralização da gestão e a ameaça de implementação de um modelo de reforma do Estado que dicotomiza a responsabilidade na formulação e na execução das políticas sociais, sobrecarregando os gestores locais e desresponsabilizando os gestores centrais, fez com que os participantes da 10ª CNS propusessem um mecanismo de gestão inovador. Acompanhando as necessidades identificadas no processo ascendente de gestão, planejamento e programação das ações de saúde, foi proposto um orçamento ascendente e participativo, com previsão de recursos suficientes, em cada esfera de governo, para a plena execução da política de saúde definida em cada esfera de governo. Ao invés do rateio dos recursos disponibilizados pelos orçamentos públicos em ações possíveis, a proposta é a organização das necessidades, de forma ascendente, com o comprometimento que se fizer necessário dos orçamentos públicos para o financiamento das ações "da ponta" do sistema.

A experiência gaúcha de remuneração/financiamento diferenciado das ações e serviços de saúde

No contexto recente do financiamento direto às ações e serviços de saúde, algumas alternativas diferenciadas, mais adequadas às definições legais de organização e funcionamento do SUS, vêm sendo desenvolvidas. A Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS) vem desenvolvendo iniciativas nesse sentido desde 1999. O objetivo é a garantia de equidade no acesso, de qualidade e de humanização das ações e serviços, onde o efetivo exercício do controle social é fundamental. A regionalização na oferta de ações e serviços de média e alta complexidade é uma estratégia prioritária.

Vários exemplos podem ilustrar esse processo. A proposta de Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador, construídos, equipados e mantidos com recursos



da SES/RS e dos Municípios, de forma associada, é um desses exemplos. A realização de ações de promoção e prevenção à saúde no meio rural, em parceria com a Associação de Mulheres Trabalhadoras Rurais é outro exemplo adequado, que potencializa o recurso financeiro aplicado, fortalece o controle social e resgata a promoção e a prevenção também pela ótica do usuário.

Mas, sem dúvida, as iniciativas inovadoras até agora mais consolidadas são a Municipalização Solidária da Saúde, voltada fundamentalmente à atenção à saúde como um todo, e a Saúde Solidária, voltada à qualificação e adequação da atenção hospitalar.

Municipalização Solidária da Saúde

A Municipalização Solidária da Saúde é uma iniciativa implantada em 1999 pela SES/RS, como forma de cooperação técnica e financeira com todos os Municípios em alguma forma de gestão do SUS, para a ampliação e qualificação da atenção à saúde prestada à população. Diferentemente do que ocorria em anos anteriores, em 1999 a SES/RS adotou critérios técnicos para repassar recursos do Tesouro do Estado para todos os Municípios.

No primeiro ano de vigência da Municipalização Solidária da Saúde, o critério utilizado foi o populacional e, no total, foram transferidos aos municípios R\$31 milhões. Em 2000, esses recursos totalizam R\$67 milhões e outros critérios de distribuição foram aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde: população total, população menor de 14 e maior de 60 anos, inverso da capacidade instalada, coeficiente de mortalidade infantil e prioridades municipais definidas pelo Orçamento Participativo. Com esses critérios estão sendo especialmente beneficiados os menores Municípios gaúchos. Para o ano de 2001, foi orçado o mesmo volume de recursos para essa atividade sendo que mais dois critérios foram incluídos: inverso da arrecadação *per capita* municipal e proporção direta do volume de recursos utilizados na área da



saúde. Essas informações serão extraídas do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos (SIOPS). Também foram incluídos na Proposta Orçamentária para 2001 encaminhada à Assembléia Legislativa outros RS27 milhões para projetos de apoio à regionalização da saúde, a serem repassados para os Municípios com serviços de referência regional. Além dos critérios de repasse já aprovados, o Conselho Estadual de Saúde estuda a adoção de indicadores de acompanhamento para os recursos repassados, como iniciativa para cooperar com os Conselhos Municipais no estabelecimento de metas para os gestores, de forma a garantir a máxima eficácia para esses recursos na plena garantia da atenção à saúde prevista legalmente aos usuários do SUS.

Na prática, os critérios já aprovados alteraram a matriz de financiamento utilizada nacionalmente, que estimula a concentração de recursos financeiros e assistenciais nos grandes centros. A fórmula de repasse dos recursos transforma o financiamento num estímulo à equidade, ampliando a oferta e melhorando as condições de acesso aos serviços de saúde nos Municípios que concentram populações nas faixas etárias extremas (menores de 14 anos e maiores de 60 anos), que têm maiores índices de mortalidade infantil, que têm menos serviços de saúde instalados, que têm menor arrecadação própria de impostos, que utilizam maior volume de recursos próprios na saúde e que incluem a área da saúde como prioridade a partir da indicação da população por meio do Orçamento Participativo.

Os recursos da Municipalização Solidária da Saúde são transferidos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, sem qualquer carimbo. Cada Município tem autonomia para decidir em que vai gastá-los, dentro da função saúde, desde que sua aplicação seja aprovada pelo respectivo Conselho de Saúde. Progressivamente, espera-se que os Municípios ampliem e qualifiquem sua capacidade instalada, principalmente de serviços próprios, e organizem serviços de referência regional.



Para receber esses recursos, o gestor municipal precisa apresentar ao respectivo Conselho de Saúde um Plano de Aplicação e um Relatório de Gestão. A discussão do Plano de Aplicação dos recursos, assegurados no processo do Orçamento Participativo Estadual (OP), deve contar com a presença dos Delegados Municipais do OP, o que amplia a discussão sobre as prioridades municipais e desencadeia uma importante ação intersetorial na discussão dos projetos municipais da saúde e do orçamento estadual (no OP são discutidas também as prioridades das demais áreas). O Relatório de Gestão deverá ser apresentado, em audiência pública na Câmara de Vereadores, trimestralmente, dando cumprimento à lei da extinção do Inamps, que é de 1993 e que não vinha sendo cumprida. A aprovação do Plano de Aplicação e do Relatório de Gestão pelo Conselho de Saúde garante a continuidade dos repasses. Outra exigência é de que o Município não reduza, a partir do recebimento desses recursos estaduais, as verbas próprias aplicadas em saúde.

Nos Planos de Aplicação já apresentados é possível identificar algumas tendências: o custeio da assistência ambulatorial de média complexidade foi proposto na maioria dos Planos, inclusive por meio da contratação de serviços de radiodiagnóstico, exames laboratoriais e consultas especializadas. Esses serviços vêm sendo contratados no próprio Município e/ou na região, promovendo e facilitando o acesso dos usuários do SUS. Esse direcionamento dos recursos para a referência especializada evidencia o estrangulamento nesse componente do sistema. Aponta, principalmente, a insuficiência dos recursos financeiros destinados pela União para o custeio dessa fração dos serviços de saúde no Estado do Rio Grande do Sul.

Os Planos de Aplicação têm mostrado também que diversos Municípios já perceberam a necessidade de induzir mudanças no perfil assistencial dos pequenos hospitais do interior do Estado, utilizando os recursos para indução de modalidades mistas de atenção nesses hospitais, construídos geralmente com recursos do poder público e da mobilização



da população, que têm uma baixíssima taxa de ocupação e, portanto, tem capacidade operacional para adequar-se às novas tendências de atenção integral à saúde. Induz-se, dessa forma, à desospitalização das próprias unidades hospitalares.

A aplicação dos recursos na atenção básica também teve uma freqüência expressiva, compreendendo principalmente investimentos em equipamentos para a rede ambulatorial, ampliação/reforma de unidades de saúde, material de consumo e contratação de pessoal. Pela primeira vez o investimento em veículos para as equipes de saúde (PACS/PSF, Vigilância em Saúde) supera àquele para referência a outros municípios, tradicional na política da "ambulancioterapia" realizada quando há insuficiência das redes municipais, baixa resolutividade dos sistemas microrregionais e pequeno investimento dos gestores. As ações de profilaxia e apoio terapêutico também foram priorizadas, em especial a aquisição de medicamentos. A assistência hospitalar foi citada em alguns projetos, com uma freqüência baixa em comparação com as outras formas de aplicação dos recursos.

Interessa, nessa avaliação, destacar dessa experiência o fato de que o recurso transferido aos Municípios, na sua maior parcela, gera diretamente ações de saúde ou investimentos que ampliam e/ou qualificam os serviços disponibilizados. É a função de prestação de ações e serviços que ainda está mais reprimida nos Municípios e os repasses de recursos de outras esferas de governo representam, na realidade, condições para manutenção de ações e serviços ou de sua "remuneração", embora fosse mais adequado entender esse repasse como contrapartida técnica e financeira. Interessa também, por decorrência da primeira observação, perceber a coerência que existe no fato de que recursos financeiros adicionais sejam, na sua maior parte, transformados em ações e serviços de saúde, num contexto em que há repressão de demanda. Por fim, também interessa destacar que os mecanismos de controle utilizados, Planos de Aplicação e Relatórios de Gestão aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde, permitem o perfeito acompanhamento da execução



dos recursos e já possuem suficiente regulamentação legal para serem utilizados.

Outra iniciativa diferenciada de financiamento das ações e serviços de saúde desenvolvidas pela SES/RS também demonstra o poder indutor da organização da assistência que pode ter a forma de remuneração dos prestadores.

Saúde Solidária

Em 1º de janeiro de 1999, analisando as dificuldades enfrentadas pela maioria dos hospitais do Estado credenciados pelo Sistema Único de Saúde, a SES/RS começou a montar uma estratégia emergencial para socorrer essas instituições

O primeiro passo foi repassar cerca de R\$4 milhões às instituições que estavam em situação mais crítica, com risco iminente de fechamento ou de descadastramento do Sistema. Essa alternativa antecedeu a criação do Fundo de Apoio e de Recuperação dos Hospitais Privados sem Fins Lucrativos e Públicos (FUNAFIR). Graças a esse fundo de R\$9 milhões, o Banco do Estado do Rio Grande do Sul (BANRISUL) montou uma linha de crédito aos hospitais públicos e filantrópicos de R\$30 milhões, com juros subsidiados pelo Governo do Estado, prazo de carência de seis meses e 18 meses para amortização. Por meio do Funafir, 84 hospitais filantrópicos receberam recursos. Quanto aos hospitais públicos, por decorrência da Resolução nº 2.668, de 25 de novembro de 1999, do Banco Central do Brasil, o Banrisul não pôde concretizar o empréstimo para essas instituições. O mesmo critério de cálculo dos valores do empréstimo (duas faturas iguais à média registrada em 1998) foi utilizado, então, para repassar a 35 hospitais públicos, a fundo perdido, um total de R\$4.4 milhões.

Como a proposta da Secretaria para essa área não é de simples distribuição de recursos financeiros, mas de radical mudança na relação clientelista com os prestadores de serviços, critérios técnicos e transparentes orientam uma



relação solidária em defesa do SUS. Todos os hospitais que receberem recursos do Tesouro do Estado terão de constituir Conselho Gestor, com finalidade de acompanhamento e avaliação, elaborar Plano Diretor, Plano de Saneamento Financeiro e apresentar Plano de Aplicação dos Recursos e balancetes mensais. Conforme foi pactuado na CIB/RS, a execução de recursos de investimento para a rede privada será feita mediante a aquisição de equipamentos pelos gestores municipais e a subsequente transferência, por meio de Termos de Cessão de Uso, aos prestadores, que será mantida enquanto durar a sua vinculação com o SUS.

Para resolver os problemas da anomia na oferta de ações hospitalares no Estado a médio e longo prazos, a SES/RS, a CIB/RS e o CES/RS construíram a Política Estadual de Apoio e Qualificação da Assistência Hospitalar aos Usuários do SUS – Saúde Solidária. Essa iniciativa estabelece critérios e diretrizes para o financiamento da atenção hospitalar, estimulando a efetiva participação dos hospitais no SUS, bem como parcerias para a formação de gerentes de serviços e outros projetos para a qualificação dessa modalidade de atenção. Por meio dessa política, os hospitais vinculados e comprometidos com o Sistema terão fontes complementares permanentes de financiamento por parte do Governo do Estado, com base em critérios técnicos e na busca da humanização do atendimento, mediante a implantação de alternativas como hospital-dia, internação domiciliar etc.

No último trimestre de 1999, a SES/RS, por decisão da CIB/RS e do CES/RS, destinou os recursos da Saúde Solidária para complementação de custeio às internações especializadas em hospitais que atendem no Sistema Estadual de Urgência e Emergência. Foram contempladas 86 instituições de diferentes níveis de complexidade com o intuito de garantir à população acesso a serviços de pronto-atendimento com garantia de qualidade. O conjunto destes hospitais recebeu um adicional de 25% sobre a fatura SUS nos procedimentos de internação em Urgência e Emergência.



No ano de 2000, os recursos da Saúde Solidária estão sendo destinados para hospitais que se comprometem à rigorosa adequação assistencial necessária aos sistemas locais, microrregional, regional e estadual de saúde. São R\$ 22 milhões repassados a hospitais que contratam com o SUS/RS um cardápio mínimo de 22 procedimentos, adequados ao perfil assistencial desenhado pelos gestores regionais e municipais. Esse perfil assistencial varia desde Unidades Locais (hospitais-dia, ambulatórios de referência especializada, etc.) até hospitais especializados, passando por hospitais microrregionais (áreas básicas), hospitais regionais (especialidades com maior demanda) e hospitais macrorregionais (especialidades necessárias à resolutividade do Sistema Macrorregional de Saúde). Além do compromisso formal, o conjunto dos hospitais deve apresentar relatórios mensais de atividades aos Gestores e Conselhos de Saúde, fortalecendo seu vínculo de subordinação ao SUS e qualificando a informação disponível nas instâncias de gestão e de controle social. Nesses relatórios, devem ser informados os atendimentos prestados, bem como a justificativa para o encaminhamento referenciado dos usuários. Por outro lado, os estabelecimentos contemplados com esses recursos comprometem-se com o fluxo de referência e contra-referência microrregional estabelecido, incluindo a participação dos trabalhadores em atividades de capacitação.

O destaque aqui é para as estratégias para permear o funcionamento dos serviços ao controle social. Conselhos Gestores e Relatórios regulares são estratégias que, propostas pela própria instância de controle social e participação da população, tem o objetivo de acompanhar a utilização dos recursos do SUS nesses serviços e de garantir que, além da qualidade técnica e da garantia do acesso, também o desafio da humanização do atendimento, desde o ponto de vista dos usuários, acompanhem a gerência dos mesmos.



Preocupações e propostas: para um financiamento que induza à efetivação do SUS

Diante do quadro atual em relação à política de financiamento do SUS, é essencial que se coloque na agenda de discussão a proposta do MS de regionalização da saúde, que vem sendo estudada, através da CIT, pelos gestores, desde o início do ano.

O pano de fundo colocado para essa proposição é a necessidade indiscutível de estabelecimento de sistemas regionais de saúde. Entretanto, esta possibilidade só pode ser avaliada se junto for discutida a proposição de financiamento, não só em termos de valores globais mas em termos de estratégia para ampliação do acesso.

A proposição do MS amplia a Atenção Básica através da incorporação de alguns procedimentos de média complexidade e propõe a manutenção deste pagamento *per capita* exclusivo, além de reafirmar o PSF como única possibilidade estratégica de ampliação da atenção. A proposta afirma a entrada de recursos novos no sistema para o custeio dessas ações, porém como os valores ainda não estão explicitados fica impossível qualquer análise mais profunda de sua viabilidade.

Quanto à média e alta complexidade a proposta é de que o MS assumira o "custeio" dos serviços de alta complexidade através do Facc, tirando a possibilidade do repasse destes recursos através de valores globais de teto a Estados e Municípios em gestão Plena do Sistema, reforçando a lógica da centralização e do pagamento por produção para essa fatia da assistência. Para a média complexidade não se tem conseguido respostas concretas sobre como resolver a sua compressão e garantir a ampliação do acesso.

Como proposta geral de nova sistemática de financiamento deve-se trabalhar com a idéia de orçamentação global dos serviços de saúde, por parcela de população atendida e nível de resolutividade. Esta idéia traz no seu bojo uma proposta de publicização dos serviços de saúde, por meio de mecanis-



mos que ampliem o controle social sobre o sistema. Além disso, é necessário discutir a forma de remuneração dos trabalhadores de saúde, com a adoção de incentivos por qualificação dos serviços, que não se preocupem apenas com a ampliação da produção, bem como a oferta de atividades de capacitação continuada.

Vale lembrar que nos países onde há os melhores índices de satisfação dos usuários, de indicadores de saúde e os menores gastos proporcionais, os sistemas são basicamente públicos e o custeio não se dá por procedimento. Mesmo em nosso meio, como demonstra a experiência gaúcha, alternativas à exclusiva remuneração pelo critério *per capita* e por procedimentos já são possíveis, associando repasses ao fortalecimento do controle social.

Já se tem notícias da extinção da Tabela SUS pelo MS. É inegável que devemos encerrar o custeio por procedimento, porém a extinção de uma Tabela Nacional que funciona como um referencial, no atual panorama, apenas ampliaria a desigualdade e as dificuldades de acesso, pois estabeleceria um sistema de competição entre gestores na busca de quem pode pagar mais. Antes da extinção da Tabela é necessário que se consolidem mecanismos que possam garantir outras formas de pagamento. Também é necessário que se garanta mecanismos de comprometimento dos gestores estaduais e federal com o financiamento "da ponta", como lembraram os participantes da 10ª CNS, principalmente nesse contexto de reformas que descentralizam a responsabilidade assistencial sem a contrapartida de recursos.

Além disso, nos últimos anos, o crescimento de valores *per capita* entre as diversas regiões do País foi extremamente desigual: enquanto no período de 1994 a 2000 o incremento foi de 200% na região Norte, no mesmo período a região Sudeste teve um incremento em seus valores *per capita* de apenas 64%. É sabido que os Estados do sudeste apresentam um perfil de complexidade na atenção à saúde bem superior que os do Norte, o que tem ampliado a compressão da média complexidade nessas regiões.



Nesse contexto, é necessário que o gestor federal e os Estados comprometam-se com uma política responsável de investimento, principalmente no setor público, para ampliar a oferta de ações e serviços nas regiões com menor oferta histórica e com a recomposição progressiva dos tetos de custeio, com a alocação de mais recursos e não com o estrangulamento do financiamento das regiões com maior oferta. Além disso, também devem comprometer-se com o reajuste dos valores utilizados, na medida da inflação setorial. Não é aceitável que a política de saúde seja ditada pelas disponibilidades da área econômica e também não é possível que o reajuste dos tetos, horizontalmente insuficientes, seja colocado como uma disputa entre os Estados.

O SUS se efetivará plenamente com recursos financeiros estáveis e suficientes, com critérios de alocação mais justos, com políticas de organização mais comprometidas com a qualificação da vida e, sobretudo, com o fortalecimento do controle social, entendido como um processo dinâmico de produção de consensos do interesse público e de transparência.

Esta conferência haverá de produzir avanços nessa direção. Para tal, acreditamos que a discussão do financiamento, como dos demais aspectos da implantação do SUS, deva ser permeada pelo compromisso radical com a qualidade de vida dos brasileiros e brasileiras. E esse compromisso, lembrando David Capistrano, nem a mão invisível do mercado e nem a pesada mão do planejamento centralizador e burocratizado são capazes de garantir. Que a cidadania de cada um dos participantes fale mais forte!



Gestão de recursos: atendendo as necessidades sociais e avaliando resultados

*Dr. Gilson Caleman*¹

*Dr. José Ênio Servilha Duarte*²

I - Introdução

O suporte legal dado pela Constituição, Leis nº 8.080 e 8.142, as NOB 01/90 e 01/96, e o compromisso político dos setores da saúde e da população criaram as condições para implantação efetiva do Sistema Único de Saúde. Nestes últimos anos o processo de descentralização avançou de maneira decisiva, atingindo quase a totalidade dos Municípios brasileiros, possibilitando a efetiva gestão descentralizada dos recursos, e o alcance de resultados positivos no que se refere ao planejamento das ações de saúde; o aperfeiçoamento da gestão; controle e avaliações das ações e serviços de saúde; aperfeiçoamento do sistema de informação; a mudança do modelo assistencial; maior controle social sobre o sistema de saúde; e por último o impacto positivo na saúde da população com melhora da equidade e da qualidade do sistema.

No entanto, algumas dificuldades podem ser notadas, principalmente no que se refere ao aperfeiçoamento do processo de gestão, controle e avaliação e maior visibilidade dos gastos em saúde pelos Fundos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde. Tais dificuldades e as possibilidades de superação dos mesmos serão motivo de discussão deste artigo.

II - A situação atual

Ao se analisar o relato da situação da gestão nos diversos Estados e Municípios, constata-se que algumas dificuldades são encontradas em relação a:

¹ *Diretor Técnico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília*

² *Secretário Municipal de Saúde de Marília - SP*



1. Perda da identidade das Secretarias Estaduais de Saúde no que se refere ao seu novo papel no sistema, devendo estar mais voltado para regulação, cooperação e não para execução de serviços;

2. Não implantação efetiva da Programação Pactuada e Integrada (PPI) dificultando em alguns Estados e Municípios a melhor eficiência da gestão da rede, do acesso da clientela e dos recursos financeiros, gerando conflitos entre os Municípios-pólos e outros Municípios pela falta de coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde e da PPI (Programação Pactuada e Integrada);

3. Controle (regulação) insuficiente do sistema de acesso da clientela da rede básica e Programas de Saúde da Família à rede secundária e terciária pela não implantação das centrais de regulação;

4. Parte dos Municípios espera respostas paternalistas tanto das Secretarias de Estado de Saúde quanto do Ministério, mantendo a tutela sobre suas responsabilidades;

5. Insuficiência de recursos humanos capacitados e falta de políticas de capacitação dos recursos humanos existentes;

6. Os sistemas de controle e avaliação implantados ainda mantêm o estilo cartorial e burocrático do modelo anterior;

7. Gestão centralizada nas Secretarias da Administração e da Fazenda (estaduais e municipais) em alguns casos, dos recursos dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde;

8. Os planos de saúde e os relatórios de gestão passaram a cumprir funções burocráticas e cartoriais. No entanto, são instrumentos potentes de gestão e de visibilidade tanto para os Conselhos de Saúde quanto para a população;

9. Conselhos de Saúde pouco representativos e efetivos pela não capacitação dos conselheiros e algumas vezes por tutela dos poderes públicos locais;



10. Excesso de normatização, principalmente por parte do Ministério da Saúde, com excesso de portarias sobre diversos assuntos, dificultando o cumprimento das normas:

11. Não organização do sistema de referência, sendo que muitas vezes a lógica da atenção obedece às necessidades dos prestadores (públicos e privados) e não da população e do sistema:

12. O sistema de avaliação de resultados (impacto) não faz parte da agenda de muitos Municípios e Estados:

13. Execução das ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica de maneira centralizada (Secretarias Estaduais de Saúde).

É importante destacar que a qualidade dos problemas relatados é decorrente do próprio processo de descentralização, e são portanto superáveis a partir do aperfeiçoamento do mesmo processo.

Por outro lado, algumas iniciativas exitosas de gestão estão sendo implementadas, tais como:

1. Implantação de estratégias em alguns Estados e Municípios de processo de regionalização, através de microrregiões, fortalecimento das Comissões Bipartite Regionais, visando aperfeiçoamento de:

- Programação Pactuada e Integrada;
- Implementação do sistema de informação integrado;
- Superação do modelo hospitalocêntrico;
- Cooperação técnica com os Municípios;
- Aperfeiçoamento do sistema de referência e contra-referência;

2. Implantação de mecanismos efetivos de controle e avaliação não cartoriais, voltados para quantidade e qualidade apropriadas, através de:



- Central de Regulação como instrumento de equidade e permitindo articulação da rede básica com os níveis secundários e terciários;

- Metodologias adequadas de auditoria dos serviços de saúde;

- Desenvolvimento das funções de regulação de incorporação tecnológica;

- Elaboração de protocolos técnicos baseados em evidência.

3. Novos critérios de alocação de recursos, através dos planos de saúde estratégicos e gestão descentralizados dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, visando:

- Autonomia de gestão dos recursos do Fundo pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;

- Implantação de Sistema Integrado de acompanhamento orçamento/financeiro.

4. Fortalecimento do controle social através de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, garantindo a sustentabilidade e a transparência do Sistema de Saúde, através do acesso facilitado às informações sobre o perfil da utilização dos recursos orçamentários e financeiros, ampliando o processo de decisão dos conselheiros;

5. Avaliação do impacto das ações de saúde através dos indicadores de atenção primária, secundária e terciária, articulados com o processo de planejamento;

6. Mudança radical do modelo assistencial com práticas ampliadas de atenção, visando a integralidade das ações e trabalho em equipe multiprofissional, tais como:

- Programa da Saúde da Família;

- Internação Domiciliar;



- Incremento descentralizado das ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica;

- Articulação inter-setorial.

III – Estratégias

A consolidação do processo de gestão descentralizada será conseguida através de esforços gerenciais e políticos para aperfeiçoar os processos de programação, controle e avaliação, gestão financeira eficiente e com transparência através dos Fundos de Saúde.

Tais processos serão instrumentos indispensáveis para o atendimento das necessidades da população e possibilidade de participação eficaz dos Conselhos de Saúde nos destinos do Sistema Único de Saúde.

III.1 – Programação Pactuada e Integrada (PPI)

A Programação Pactuada e Integrada é imprescindível no processo de integração dos Sistemas UBS, PSF, ações de vigilância epidemiológica e sanitária e serviços de média e alta complexidade, garantindo o acesso da população, além de ser instrumento de maior transparência na alocação de recursos.

Os gestores estaduais e municipais são fundamentais no processo de elaboração do PPI. As Secretarias de Estado da Saúde devem estabelecer, em conjunto com os Municípios, os parâmetros físicos e financeiros para as ações assistenciais previstas nos Planos de Saúde, além de coordenar o processo de formalização da pactuação e ordenar os fluxos inter-municipais.

Ao participar do PPI, os gestores municipais ao devem estabelecer processo de negociação entre si e com os prestadores, afim de viabilizar a referência e contra-referência eficiente, principalmente nos Municípios que concentram os serviços de média e alta complexidade.



O Ministério da Saúde deve manter cooperação técnica no processo de programação, no sentido de garantir o estabelecimento de referências inter-estaduais (PPI em nível nacional).

É necessário que todos os gestores se esforcem para que o processo de pactuação ocorra o mais rápido possível, possibilitando maior transparência na alocação dos recursos e melhor desempenho no processo de controle (regulação) e avaliação do Sistema de Saúde.

III.2 – Controle e Avaliação

A superação do modelo anterior de controle e avaliação (ainda muito praticado), centrado em atividades burocráticas e faturamento, se dará na medida em que as atividades de controle e avaliação forem alimentadas pelo Plano de Saúde e pela Programação Pactuada e Integrada, as ações de auditorias operacional e analítica do sistema devem estar voltadas para a quantidade e qualidade apropriadas da atenção à saúde. A regulação demanda/oferta viabiliza, em parte, a equidade e aplicação da PPI na prática cotidiana do Sistema Único de Saúde.

A) Central de Regulação

- A Central deve abranger as ações e serviços de saúde de média e alta complexidade da microrregião e região de saúde que exigem relação adequada entre demanda e oferta e tendo como referência a Programação Pactuada e Integrada;

- As consultas de especialidades, os serviços de apoio diagnóstico terapêutico e os leitos de urgência/emergência devem estar sob controle da Central e, portanto, sob o controle do gestor, implicando em uma nova relação com os prestadores públicos e privados. As ações de saúde passam a obedecer o critério de necessidade da população e não mais dos prestadores, promovendo otimização dos recursos de média e alta complexidade: a sistematização de mecanismos de referência e contra-referência, com melhoria do acesso e da qualidade técnica de atuação;



- O custo de operação das Centrais de Regulação são ínfimos se comparados aos benefícios produzidos para o sistema, sendo que o maior benefício, além da redução de custo, é o de implantar, de fato, maior equidade no SUS:

Os setores públicos devem realizar, através de políticas específicas, a implantação das Centrais de Regulação em todas as regiões de saúde do País.

B) Protocolos Técnicos

O processo de regulação da oferta/demanda passa a exigir do sistema a elaboração e implantação de instrumentos racionalizadores, com base técnico-científica. Os protocolos podem e devem ser utilizados para condições específicas ou enfermidades que exigem tomada de decisão segura, indicando passos adequados para prevenção, diagnóstico, terapia específica e recuperação, ou seja, devem proporcionar plano de trabalho detalhado para acompanhamento das diversas situações do Sistema de Saúde, com racionalização de processo, prazos e responsabilização dos diversos setores.

São diversos os aspectos a serem levados em conta na elaboração e aplicação dos protocolos, tais como evidências, tempo, custo, recursos disponíveis e flexibilidade.

C) Ações de Controle

As ações de controle devem estar compatibilizadas com o funcionamento da rede de atenção, e o processo de regulação do sistema. Os gestores municipais são os maiores responsáveis pela realização das ações de auditoria, mantendo estreita colaboração com os setores estadual e federal.

Os instrumentos de controle devem estar relacionados com:

- Cadastro de rede prestadora de serviços (pública e privada):

- Programação Pactuada e Integrada:



- Sistema de Informação em Saúde;
- Portarias Ministeriais, da Secretaria de Estado de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde;
- Integração com ações da Vigilância Sanitária e Epidemiológica;
- Manuais do SIH e SIH/SUS;
- Atuação dos Conselhos de Saúde, no que se refere ao seu poder de fiscalização;
- Registros sobre a clientela cadastrada no sistema.

III.3 – Gestão Financeira

Os Fundos de Saúde instituídos nos últimos anos, nas diversas esferas de governo, foram e são os instrumentos de "atuação financeira da direção do SUS", embora seja considerada uma conta especial (Guido Ivan de Carvalho e Lenir dos Santos): o Fundo de Saúde é gerido pelo gestor do SUS e está sob fiscalização do Conselho de Saúde e, portanto, deve ser definido como receptor único de todos os recursos destinados à saúde, não podendo haver dispersão de tais recursos, visto que se tal acontecer impedirá a ação fiscalizatória mais efetiva dos Conselhos.

Apesar do suporte jurídico e da implantação dos sistemas de informações sobre orçamento público em saúde, o acesso e entendimento da informação pelo Conselho de Saúde não tem atingido os resultados esperados.

É necessário que os gestores informem de maneira detalhada ao Conselho de Saúde, principalmente em nível municipal, o perfil de receita e despesa dos recursos financeiros repassados aos Fundos. Em anexo (anexo 1), são apresentados modelos de relatórios que devem ser encaminhados mensalmente aos Conselheiros, a fim de possibilitar acesso e discussão do perfil de gasto pelos recursos.



Outro aspecto a ser destacado é a falta de autonomia administrativa em muitos Municípios e Estados, as Secretarias de Saúde ficando submetidas aos procedimentos burocráticos das Secretarias de Administração e Fazenda. Não se trata, aqui de se propor a "autarquização" dos Fundos de Saúde. No entanto, é necessário que a gestão dos recursos financeiros fique submetida à autoridade sanitária, com fiscalização efetiva do Conselho de Saúde.

III.4 – Avaliação de Resultados

A grande transformação gerencial no SUS está ainda por vir, e somente se concretizará quando se incorporar na gestão do Sistema a avaliação sistemática dos resultados (impacto) do sistema, pois, é a partir dos resultados que se legitima o processo de intervenção para a qualidade na atenção à saúde.

Muitas vezes até se utiliza alguns indicadores para constatar a realidade da saúde, no entanto, poucas são as ações desenvolvidas no sentido de alterá-las positivamente.

Não é possível somente preocupar-se com a equidade e qualidade do Sistema Único de Saúde, é necessário lançar mão de instrumentos que garantam respostas às necessidades da população.

Os instrumentos que garantem a avaliação de resultados são conhecidos, porém pouco utilizados entre eles:

A) Planos de Saúde

Os planos de saúde devem ser pautados pelo planejamento estratégico, levando em conta a realidade epidemiológica do Município e devem conter obrigatoriamente os resultados esperados de todas as ações a serem realizadas.

B) Relatórios de Gestão

Os relatórios de gestão devem guardar relação estreita com as prioridades definidas no Plano de Saúde, e relatar quais as modificações impostas à realidade de saúde.



A avaliação de resultados é o caminho mais adequado para a avaliação de qualidade e de alteração do processo de atenção, onde se localiza a grande maioria dos problemas dos sistemas e dos serviços de saúde.

É necessário dizer que não existem dificuldades de ordem metodológica para se avaliar resultados, o que existe são dificuldades de ordem técnica e política, pois é a partir da análise dos mesmos é que se dá a verdadeira transparência do SUS.

C) Seleção de Indicadores de Resultados

A utilização dos indicadores quantitativos e qualitativos de resultados é útil para estabelecer estratégias de intervenção e reorganização do sistema, além de ser instrumento eficaz no processo de controle social do sistema de saúde.

Considerando que o impacto de algumas ações de saúde dependem do tempo em que são operadas, é necessário que os Sistemas de Informação sejam de fácil acesso e contenham dados do processo de atenção.

A correlação entre resultados observados e resultados esperados permite elucidar as razões que levarão ou não a atingir impactos positivos.

Enfim, será necessário um esforço técnico e político do Ministério da Saúde, dos Estados e dos Municípios e dos Conselhos de Saúde para que os instrumentos aqui discutidos sejam implantados a fim de se aperfeiçoar em curto espaço de tempo, o processo de gestão tornando-a mais eficiente e eficaz, e demonstrando na prática (para quem ainda tem dúvida) que o SUS é o melhor sistema para toda a população brasileira.



Bibliografia:

- CALEMAN, G.; Moreira, M. L.; Sanchez, M. C. - 1998 - *Auditoria, Controle e Programação de Serviços de Saúde* - Série Saúde e Cidadania - IDS / NAMH - USP.
- CAMPOS, G. W. S. - 1991 - *A Saúde Pública e a Defesa da Vida* - Hucitec - São Paulo.
- CARVALHO, G. I., Santos Lenir - 1992 - *Sistema Único de Saúde* - Hucitec - São Paulo.
- GOMES, E. G. - 1989 - *Marco Conceptual e Considerações Metodológicas de Qualidade da Atenção à Saúde* - OPAS - Washigton - D.C.
- MENDES, E. V. - 1998 - *A Organização da Saúde no Nível Local*, Hucitec - São Paulo.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - 1996 - *Saúde da Família: uma estratégia de organização de serviços de saúde* - Brasília - D. F.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ - 1997 - *Manual de Funcionamento das Centrais de Leito e Informações Complementares* - Curitiba - mimeografado.
- SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE - 1997 - *Manual de Preenchimento de Ficha Cadastral do Estabelecimento de Saúde* - São Paulo.



Prefeitura Municipal de _____
Secretaria Municipal de Saúde
Fundo Municipal de Saúde
Quadro Demonstrativo / Internações Hospitalares
Pagamentos efetuados / Competência
Ano 2000

Prestador	Média 1999	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Prestador A														
Prestador B														
Prestador C														
Prestador D														
Prestador E														
TOTAL...														

Prefeitura Municipal de _____
Secretaria Municipal de Saúde
Fundo Municipal de Saúde
Movimento Financeiro / Gestão Plena
Conta nº \ Banco do Brasil

/ 2000

	De transporte – saldo Bco. Brasil	/ / 2000	RS	C
04/09	Prestador A		RS	D
06/09	Gestão Plena / Dpósito / Têto		RS	C
06/09			RS	D
15/09				
15/09				
15/09				
15/09				
15/09				
15/09				
15/09				
15/09				
15/09				
15/09				
15/09				
18/09				
18/09				
19/09				
19/09				
19/09				
19/09				
26/09				
28/09				
28/09				
28/09	Saldo Atual		RS	C



Prefeitura Municipal de _____
Secretaria Municipal de Saúde
Fundo Municipal de Saúde

RECURSOS VISA /2000

RECEITA

Saldo Banespa de / /2000	RS
Aplicação Banespa / /2000	RS
Depósito - Vig. Sanitária	RS
Crédito arrecadado	RS
Total receita do mês	RS

DESPESA

<u>Pagamentos / /2000</u>	<u>RS</u>	<u>X</u>
<u>Pagamentos Processos</u>	RS	
Diárias/Despesas c/ viagens/Alimentaç.	RS	
Aluguéis	RS	
Faixas / Adesivos	RS	
Equip. Material Permanente	RS	
Material de Laboratório/pesquisa/prod.	RS	
Alimentação	RS	
Cursos / Seminários	RS	
Consertos Equipamentos	RS	
Total	RS	X

Saldo a transportar

Saldo Banespa de / /2000	RS
Aplicação Banespa / /2000	RS
Total	RS

CUSTO ESTIMATIVO

<u>Processos de compras / 07/08/09/2000 em andamento</u>	
Informática permanente	RS
Aquisição de veículos (2)	RS
Reagentes / Consumo	RS
Tubos para Laboratório	RS
Outros consumo	RS
Painéis / Campanhas	RS
TOTAL	RS

Prefeitura Municipal de _____
Secretaria Municipal de Saúde
Fundo Municipal de Saúde

RECURSOS PAB /2000

RECEITA

Saldo Bco. Brasil / /2000	R\$
Saldo Banespa / /2000	R\$
Aplicações Banespa FBI / /2000	R\$
Aplicações Banespa	R\$
De transporte total saldo	R\$
Depósito/PAB fixo / /2000	R\$
Depósito/PAB variável PSF / /2000	R\$
Depósito/PAB variável PACS / /2000	R\$
Depósito/Vigilância Sanitária / /2000	R\$
Depósito / C. Nutricionais	R\$
 Total + receita do mês	 R\$

DESPESA

Pagamentos Proc. /2000	R\$
Total Despesa	R\$
Observ. * proc. Pagos /2000	R\$
Convênio (PA) Prestador A	R\$
Convênio/PSF/Prestador B	R\$
Convênio/PSF/Prestador C	R\$
Medicamentos	R\$
Material Méd. Odont. Cons.	R\$
Material de Expediente / Escrit.	R\$
Uniformes / faixas/publicidade/placas	R\$
Consev. Manut. Equip. méd. odont.	R\$
Cestas Básicas	R\$
Equip. Material Permanente	R\$
Material Expediente / Consumo	R\$
Conservação Manut. Prédio	R\$
Construção UBS	R\$
Material de Limpeza	R\$
Programas/Cursos/Palestras	R\$
Total	R\$

Saldo a transportar

Saldo Bco. Brasil / /2000	R\$
Saldo Banespa / /2000	R\$
Aplicação Banespa / FBI	R\$

Total

R\$

CUSTO ESTIMATIVO

Processos de compras / 07/08/09/2000 em andamento

Medicamentos	R\$
Mat. (consumo) limpeza	R\$
Mat. Odont. (consumo)	R\$
Mat. Enf. (permanente/consumo)	R\$
Mat. Informática (permanente)	R\$
Mat. Escritório (consumo)	R\$
Mat. Odont. consumo	R\$
TOTAL	R\$



**Prefeitura Municipal de _____
Secretaria Municipal de Saúde
Fundo Municipal de Saúde**

Despesas de custeio	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Pessoal e obrigações													
Despesas Util. Pública													
Locações													
Combustíveis/ Lubrif. viagens ambul.													
Material/ expediente/esc.													
Manutenção viaturas													
Manutenção Equip.													
Conserv. Manut. UBS													
Contribuições Hospitalais													
Material Médico/ Odontológico													
Medicamentos Outras despesas													
Material Educativo													
TOTAL A													
Equipamento/ mobiliário													
TOTAL B													
Total A + B													

212

**Prefeitura Municipal de _____
Secretaria Municipal de Saúde
Fundo Municipal de Saúde**

Valores Mensais Retidos Referentes ao
Imposto de Renda / Cód. 7 / Serviços Profissionais

R\$

	Ano 1998	Ano 1999	Ano 2000
Janeiro	-		
Fevereiro	-		
Março	-		
Abril	-		
Mai	-		
Junho			
Julho			
Agosto			
Setembro			
Outubro			
Novembro			
Dezembro			
TOTAL			



Prefeitura Municipal de _____
Secretaria Municipal de Saúde
Fundo Municipal de Saúde

Quadro Demonstrativo/Atendimento Ambulatorial
FAE/Fração de Atendimento Especializado (não PAB)
Prestador: SMS

RS

Mês	Ano 1998	Ano 1999	Ano 2000
Janeiro			
Fevereiro			
Março			
Abril			
Maior			
Junho			
Julho			
Agosto			
Setembro			
Outubro			
Novembro			
Dezembro			
TOTAL			





Relações de responsabilidade entre os gestores do SUS: perspectivas para a garantia do acesso, qualidade e humanização da atenção.

Paulo Eduardo Elias¹

Os anos 90 serão marcados pela disputa entre diferentes concepções sobre as mudanças no sistema de saúde brasileiro, tendo como referência o processo de implementação dos preceitos da Constituição de 1988 incorporados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, a necessidade da racionalização do sistema de saúde emerge como consenso, elegendo-se a descentralização como pedra de toque para a reformulação do SUS.

No entanto é preciso reconhecer que o SUS surge e irá se desenvolver numa conjuntura extremamente desfavorável, marcada pela escassez de recursos financeiros disponíveis pelo Estado e pelo imperativo da racionalidade econômica na condução das políticas públicas. Isto porque a inserção no processo de globalização econômica tem implicado a adoção do receituário da contenção dos gastos públicos e do seu direcionamento seletivo no interior das políticas públicas, no sentido de se priorizarem os gastos com políticas econômicas (investimentos econômicos supostamente voltados para evitar a quebra da economia nacional) em detrimento das políticas sociais. Nesta racionalidade, os gastos na área social são concebidos como gastos a fundo perdido e de baixo impacto no sistema produtor de mercadorias, sobretudo quando comparados aos seus setores de ponta (telecomunicações, informática, petroquímica, indústria aeronáutica) ou seja, aqueles competitivos na nova ordem econômica global. Assim, o SUS encontra-se na contramão das atuais diretrizes econômicas, na medida em que para a sua implantação em conformidade com os preceitos constitucionais necessitará de significativo

¹ *Docente do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e pesquisador do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (CEDEC).*



aporte financeiro do Estado, muito superior aos padrões historicamente vigentes na saúde. Neste sentido, dado o padrão de (des)intervenção do Estado brasileiro nos setores sociais, tem-se constituído como regra que diante da escassez dos recursos financeiros os setores sociais são os primeiros a serem penalizados com cortes orçamentários. Graças à privilegiada inserção do atual Ministro da Saúde no núcleo do poder, o setor saúde vem, às duras penas, resistindo às perdas financeiras, culminando com a recente aprovação do Projeto de Emenda Constitucional da Saúde.

De outro lado, há estudos apontando que os sistemas de saúde de diferentes países padecem de vários problemas em comum: destinação equivocada de recursos, em termos do custo/benefício; desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços; ineficiência nos gastos, na utilização de leitos e na distribuição de pessoal; explosão dos custos, decorrente da disponibilidade de novas tecnologias combinadas ao advento de certas modalidades de seguro saúde. Na situação brasileira, deve-se acrescentar os seguintes problemas a esta lista: insuficiência de recursos financeiros para a saúde, iniquidades das ações e serviços de saúde, repercussões sociais decorrentes da ausência dos direitos de cidadania no cotidiano da saúde.

Aos problemas apontados, abundantes em quase todos os países, impõe-se a figura do Estado no encaminhamento das soluções e resoluções. E como relata o próprio Banco Mundial, há unanimidade sobre a indispensável participação do Estado no setor, independentemente das filiações político-ideológicas dos interesses aglutinados em torno da saúde. De fato, nem o mais ardoroso defensor do neoliberalismo, em sã consciência, ousaria descartar totalmente o Estado nas providências das medidas necessárias à manutenção da saúde da população. Aliás, os recursos públicos respondem por mais da metade do gasto em saúde dos próprios países desenvolvidos. Se isto é válido para os países capitalistas centrais, muito mais o é para a periferia do capitalismo, cujas sociedades são marcadas por profundas desigualdades, diferenças e iniquidades.



As divergências entre as correntes de pensamento, no entanto, manifestam-se quando se trata do papel a ser desempenhado pelo Estado. É preciso, portanto, caracterizar melhor o papel reservado ao Estado na organização dos serviços de saúde. Isto significa evidenciar as relações público-privadas no sistema de saúde, e desvendar as concepções de Estado que sustentam estas relações.

O período aberto com a posse do Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) caracterizar-se-á pela promoção de alterações substantivas no processo de reformulação do sistema de saúde. Radicalizam-se algumas diretrizes e são introduzidas novas concepções.

A descentralização da saúde passa a ser enunciada mais por seu componente racionalizador, freqüentemente entendido como diminuição de custos, do que propriamente pelas suas potencialidades no incremento da democratização da instância municipal. No plano discursivo, esta nova postura encontra-se de pleno acordo com os preceitos prescritos pelo Banco Mundial para a reformulação dos sistemas de saúde dos países da periferia capitalista.

Entretanto, cabe assinalar que a descentralização não adquire concretude pela simples enunciação de seu ideário, mas só a obtém a partir da interação com as condições políticas e sociais em que se realiza, estas, em última instância, as determinantes da sua configuração. Em outros termos, a descentralização nada molda, antes se amolda à realidade histórica determinante da sua implementação. Vários estudiosos reconhecem as potencialidades da descentralização como fator que favorece o desenvolvimento democrático. No entanto, vale ressaltar que ela por si só não conduz ou resulta em democratização, mas facilita a sua implementação e desenvolvimento, atuando como uma espécie de "catalisador", quando acoplada a processos político-sociais democráticos.

A transferência de poder político para as esferas de poder mais próximas aos cidadãos cria inúmeras possibilidades para



uma ampliação da representação, em que aos clássicos mecanismos da democracia representativa, como o voto universal e o Parlamento (Assembléias Legislativas, Câmaras Municipais), podem ser agregados àqueles da democracia direta (Conselhos de Saúde), com significativos ganhos para o exercício político. Isto tudo devido, principalmente, às inúmeras vantagens que os mecanismos de democracia podem propiciar, dentre eles: 1) o incremento do grau de envolvimento dos cidadãos na discussão dos problemas e na busca das soluções; 2) a possibilidade da criação de novos direitos e a cobrança da efetivação daqueles negados aos cidadãos; 3) o aumento do grau de informações sobre os problemas sociais, bem como sobre o funcionamento do sistema político e administrativo como um todo; 4) a politização das demandas sociais, no sentido da sua generalização enquanto necessidades socialmente construídas, elevando-as à condição de direitos sociais, elementos indispensáveis para a formulação e implementação de políticas de corte transformador; 5) o compromisso com os resultados do ponto de vista da satisfação das demandas sociais, o que resulta em melhoria da eficácia social do Estado; 6) o incremento do grau de conscientização social e política.

A escolha dos meios mais adequados requer uma análise preliminar dos possíveis efeitos da descentralização sobre as ações estatais que se pretende descentralizar. Isso significa avaliar as condições da instância (Estados e Municípios) beneficiária da descentralização, destacando-se a capacitação técnica e operacional para manter as ações e os serviços descentralizados (funcionando igual ou melhor) e contemplando um certo equilíbrio entre as esferas de Governo, para a manutenção de um grau mínimo de sustentabilidade e estabilidade política, dado o sistema federativo vigente.

A avaliação da esfera alvo da descentralização geralmente se orienta por critérios objetivos (verificáveis diretamente) e subjetivos (construídos pelo avaliador). Desta forma, além das exigências referentes ao poder decisório autônomo (Estados e Municípios com poder de decidir), não há proces-



so de descentralização democrático na vigência da sonegação de informações à sociedade e entre as instâncias de governo sobre os critérios adotados para a sua avaliação. Do mesmo modo, a escolha dos critérios pode ser realizada de duas maneiras: unilateralmente, fixados pela esfera federal, ou bilateralmente, por meio da negociação entre a União, os Estados e os Municípios envolvidos na descentralização. Neste caso, caracteriza-se um processo de descentralização em bases do princípio da cooperação, elemento indispensável para a construção do SUS que garanta o acesso, a qualidade e a humanização da atenção .

Outra questão importante diz respeito ao financiamento. Assim, mesmo uma descentralização que realize a transferência de recursos financeiros, como no caso do SUS, sua plena viabilidade depende não só da quantidade de recursos financeiros necessários para fazer frente aos compromissos assumidos no atendimento à população, mas também da regularidade do financiamento e da capacidade de aumento de recursos destinados ao setor pela União, Estados e Municípios. A relação entre esferas de Governo pautada em mecanismos como o pagamento por serviços prestados e o instrumento convênio dificultam que a descentralização seja capaz de responder às necessidades administrativas e gerenciais do nível municipal. Além de tudo isto, um financiamento baseado em pequena participação dos recursos fiscais (arrecadação de impostos), cria sérias barreiras para a efetivação dos preceitos constitucionais da universalização, da equidade e da igualdade.

Os encargos de cada componente da Federação foram convenientemente mantidos sem uma definição precisa nas leis que regem o SUS, enquanto que a partilha de recursos financeiros se dá, na prática, sob o estrito controle da União em detrimento da equidade e da liberdade da esfera municipal para formular sua política de saúde e exercer o comando sobre a produção local de serviços de saúde. Nestes termos, o SUS configura-se como uma descentralização parcial e incompleta e protegida pela (e para a) União.



Finalmente, vale destacar algumas das iniciativas governamentais mais recentes na saúde que, inspiradas no ideário neoliberal oriundo dos países do capitalismo central, têm transferido equipamentos governamentais para o setor privado. Isto ocorre sem no entanto substituir o Estado pelo mercado, uma vez que para o seu financiamento o setor privado depende direta ou indiretamente do Estado. Além disto, a mudança não se dá pela maior vantagem dos serviços privados sobre os públicos, mas sim com base numa supremacia ideologicamente construída do privado sobre o estatal, auxiliada pelos modernos meios de comunicação de massa.

Disto pode resultar o afastamento do Estado das suas responsabilidades políticas e sociais, deixando-as, na maioria das vezes, a cargo de instituições (como o setor privado) que, dada a sua natureza, são incapazes de desempenhar minimamente as atribuições requeridas por um ente público. E apesar de não ser implacável a contradição entre os interesses públicos e privados, os interesses privados só se apresentam como interesses gerais quando coincidem com os interesses públicos, o que na realidade brasileira tem ocorrido em poucas ocasiões. Em grande parte das vezes em que esse tipo de privatização ocorre, são transferidas na realidade apenas as funções de gerenciamento e/ou administração dos serviços, o que significa introduzir no setor público os critérios e a racionalidade privados, portanto do mercado, sem que sofram qualquer tipo de adaptação para cumprir as atribuições de um serviço de interesse público.

A construção social do SUS não vem trilhando um caminho em linha reta. Antes, vem se constituindo numa árdua jornada, pontilhada por discontinuidades, acertos e desacertos, num sucessivo construir e desconstruir no enfrentamento de variados desafios, mas que vem apresentando numerosas experiências relevantes e inovadoras na direção da melhoria da eficácia social na saúde, particularmente na esfera municipal. E como essas experiências demonstram, os problemas são muitos e variados, como reconhecem os próprios gestores do processo. Documentos oficiais apontam diversos "pontos



críticos identificados", acompanhados das respectivas providências em andamento. São eles: os cuidados nos cálculos do teto financeiro; a definição de requisitos para a gestão municipal de AIH e o estabelecimento de um sistema para sua compensação entre os Municípios e os Estados; o reordenamento da esfera federal; e, finalmente, a política para investimentos. Como se vê, todos os tópicos levantados referem-se aos aspectos operacionais da proposta de descentralização.

Acresce a esta situação um outro elemento de tendência dominante no cenário brasileiro referente ao borramento dos tradicionais limites entre os Poderes Legislativo e Executivo na condução política. Trata-se do verdadeiro loteamento dos cargos do Executivo em prol de agrupamentos que se constituem no Legislativo ao sabor de toda sorte de interesses resultando de um lado na crescente ingerência do Legislativo nas atividades executivas e de outro no incremento das atividades propriamente legislativas por parte do Executivo, nas quais as Medidas Provisórias do Governo Federal, apesar de não serem as únicas, pela sua persistência constituem a face mais visível da mudança de atuação entre os Poderes Legislativo e Executivo. O preenchimento dos cargos executivos pelo loteamento submete a área da saúde à lógica da reprodução eleitoral do mandante beneficiário (vereador, deputado ou mesmo partido político) significando a apropriação privada do Estado brasileiro em detrimento do princípio republicano da eficácia social da ação Estatal (prevalência do interesse público).

221

Na situação dos municípios, principalmente daqueles de médio e grande portes, a estas questões agregam-se uns tantos outros tópicos, entre os quais se destacam: 1) o gerenciamento do setor privado contratado; 2) a superação, nos serviços, da concepção partida entre ações curativas e preventivas; 3) a introdução do Planejamento em Saúde diferenciado segundo as necessidades de grupos populacionais definidos geograficamente em um distrito de saúde; 4) o desenvolvimento de políticas de Recursos Humanos centradas nos princípios da profissionalização, da participação e da



humanização dos serviços; 5) o desenvolvimento de projetos de avaliação continuada dos serviços como instrumentos fundamental para o planejamento para a melhoria da atenção à saúde.

Assim, se o Governo Itamar, por meio da implementação da Norma Operacional Básica 01-93 marca o início da descentralização e do repasse financeiro direto (sem a intermediação da esfera estadual) no setor saúde, o Governo FHC, através da NOB-96, centra fogo no modelo de gestão da saúde. Neste novo desenho, o Município ganha responsabilidade na atenção básica, a esfera estadual ganha poder na distribuição das verbas federais e a União fica com a coordenação e a regulação do SUS.

A edição da NOB 01-93 e o processo a ela associado, denominado de "municipalização da Saúde", em que pese terem promovido substanciais alterações nas relações entre os agentes responsáveis pela saúde pública nas diversas esferas de governo, conservaram o traço central e estrategicamente dominante de se operar a política de saúde através do seu financiamento. É este, portanto, que continua determinando a configuração das políticas de saúde e reforçando o argumento do perfil centralizador do sistema político brasileiro, traduzindo-se num constrangimento para o pleno exercício da autonomia local. Assim, manteve-se intocado um significativo fator de coação para a adoção dos critérios de equidade e da inclusão social nas políticas de saúde.



Por outro lado, a descentralização coloca uma maior exigência sobre o poder local em relação ao financiamento dos serviços de saúde e aos modelos de atenção à saúde, requerendo-lhe um grau mínimo de competência técnica e política como um requisito para que ocorra uma descentralização efetiva. Acontece que as autoridades locais nem sempre têm maior clareza sobre essas questões, e com frequência o nível local pode estar sob o controle de oligarquias políticas. Não há, portanto, nada de implicitamente virtuoso no nível local que não possa haver no nível nacional.



Para os Municípios, a principal novidade apresentada pela NOB/96 é a remuneração per capita dos serviços de saúde, com o repasse de R\$10.00 por habitante/ano para custear todos os procedimentos de assistência básica a serem oferecidos à população, tais como atendimento ao pré-natal e ao parto, atendimento às doenças mais frequentes (hipertensão, diabetes, diarreia infantil). Os principais problemas da NOB/96 residem, inicialmente, na persistência da concepção de descentralização tutelada pela esfera federal e operada através do financiamento, esta uma das principais características das políticas de saúde que se mantém desde 1930. Em segundo lugar, a manutenção praticamente intocada da sistemática de remuneração mercantilizada dos procedimentos hospitalares, ou seja, pagamento por produção através da Tabela SUS.

A NOB/96 começa a ser implantada num cenário em que a área da saúde sente intensamente os reflexos das políticas de ajuste adotadas pelo Governo Federal para combater o déficit público e promover o pagamento do serviço das dívidas interna e externa. Em consequência verifica-se a retração do Estado como produtor de serviços de saúde, ensejando a busca de parcerias com a iniciativa privada. Concomitantemente, ensaiam-se os primeiros acordos da orquestração em torno da suposta necessidade de se promover a focalização das ações de saúde, isto é, direcioná-las predominantemente para os mais pobres dentre os pobres, contrapondo-se à concepção de um só sistema de saúde para todos os brasileiros. Ao mesmo tempo, dá-se o crescimento vertiginoso do setor privado de saúde, aprofundando-se cada vez mais a divisão do sistema de saúde, supostamente entre pobres e ricos, e a transformação das necessidades de saúde em mercadoria (mercantilização na produção dos serviços).

O acesso aos serviços enquanto direito implica a adoção de modelos de sistemas de saúde que se contraponham às modalidades assistenciais organizadas por clientela (sistemas fechados de atendimento para trabalhadores dos setores públicos ou privados) ou grupos sociais específicos (baixa e alta rendas) se a intenção for a de eliminar ou



restringir acentuadamente o privilégio e a discriminação social. As desigualdades sociais no campo da saúde manifestam-se basicamente no direito ao acesso: na distribuição dos recursos: na utilização dos serviços: nos resultados das ações de saúde: e no financiamento.

Frente às potencialidades que a descentralização pode apresentar para a garantia do acesso, da qualidade e humanização da atenção, o processo em curso na saúde se mostra como algo que está por se fazer. Em consequência, uma descentralização que busque enfrentar a exclusão de imensos segmentos da população – este de longe um dos problemas de maior relevância para o País –, deve pautar-se pela flexibilização e adequação às diferenças de situações que se apresentam nas regiões brasileiras. Isto requer o abandono de dogmas e principismos na condução desse processo. Ele deve ser implementado através da negociação entre a União, Estados e Municípios, inclusive com a criação de novas Leis, principalmente de alcance municipal, capazes de lhe dar estabilidade frente às mudanças de Governo.

Em resumo, mesmo com a introdução do conceito de Seguridade Social na Constituição Federal, na prática ele deixa de vigorar, já que o sistema de saúde brasileiro copia na prática (ainda que por debaixo do pano) o seu congênere norte-americano, centrado no seguro saúde e na relação de trabalho. Desta forma, o crescimento do Sistema Supletivo de Assistência Médica, além de sinalizar para a regulação da saúde através do mercado, traz consigo a tendência à formação de oligopólios no setor de intermediação de serviços (seguro-saúde e empresas médicas) com as conseqüentes repercussões no sistema de formação de preços dos serviços. Isto acarreta o aumento no grau de dependência dos produtores de serviço (hospitais, laboratórios e consultórios conveniados/associados) aos interesses e regras dessas empresas, sobretudo em relação à fixação da remuneração dos procedimentos médicos e hospitalares.

O adequado encaminhamento para a reversão deste quadro



em prol de um sistema de saúde voltado ao enfrentamento da exclusão social se inicia pela formulação de uma agenda das políticas sociais, e em especial da saúde e do saneamento, que além das demandas por medidas técnico-operacionais deve incorporar medidas de ordem política mais geral, sem as quais torna-se impossível uma atuação radical no efetivo encaminhamento da principal mazela brasileira: a exclusão social.

No caso da saúde, os principais tópicos desta agenda deverão contemplar os seguintes pontos: 1) a partidarização, no sentido do loteamento dos cargos da saúde, em benefício da reprodução eleitoral de indivíduos e ou partidos e que afrontam as necessidades sociais do setor; 2) a instabilidade na condução da política e no financiamento da saúde; 3) a reforma do estado com vistas à efetivação dos princípios do SUS no âmbito das três esferas de Governo, com ênfase na (re)estruturação político-administrativa do Ministério e das Secretarias Estaduais de Saúde; 4) a forma de implementar a descentralização, tutelada pela esfera federal e operada pela via do financiamento; 5) a persistência de um padrão de modelo assistencial como representante do "verdadeiro SUS" e que inibe a criatividade das instâncias prestadoras de serviço no encaminhamento das necessidades da população, obedecidos os princípios constitucionais da saúde;

No que toca ao setor de saneamento, a despeito de compartilhar problemas comuns com os da saúde, tais como a estabilidade das fontes de financiamento e das políticas de saneamento, apresenta outros na composição da sua agenda setorial: 1) universalizar a cobertura populacional dos serviços de água e esgotamento sanitário, que segundo cálculos de especialistas demandaria para a área urbana um gasto anual da ordem de R\$2.5 bilhões de reais (atualmente 20% da população não tem água encanada e cerca de 50% não é atendida por esgotos); 2) tratar os resíduos sanitários de modo a compor uma política de sustentabilidade ambiental (hoje apenas 10% dos resíduos coletados passam por tratamento); 3) criar mecanismos de melhoria do acesso aos



serviços, tais como a adoção de uma política tarifária progressiva para os usuários; 4) incentivar a descentralização na prestação de serviços, concomitante à busca de soluções para os Municípios de pequeno porte.

A discussão e o desenvolvimento de alternativas viáveis para o correto encaminhamento das questões apontadas pelas agendas passam pela exigência de reformas de várias ordens.

1) Produzir uma Reforma do Estado orientada pela articulação da razão econômica com as necessidades sociais e que gere um processo estável e contínuo de inclusão social. A melhoria da saúde dos brasileiros e a implementação de um sistema que contemple pelo menos a universalização da assistência em todos os níveis de atenção – com parâmetros definidos socialmente – exige que as políticas macroeconômicas se articulem com as políticas sociais, sobretudo as de saúde e educação. Na prática, é preciso vincular o SUS a um projeto que eleja como prioridade nacional o combate à pobreza e a exclusão social, sem o que nenhuma política de saúde isolada (por melhor que ela seja) será capaz de enfrentar nem mesmo as necessidades sociais básicas. Por outro lado, a manutenção da União como fonte de recursos demanda a realização de uma profunda modificação da estrutura do Estado, que não deverá se restringir apenas aos aspectos administrativos e jurídico-legais, mas deverá alcançar as formas de controle das contas da União, de modo a venham a ter um caráter fundamentalmente público, hoje praticamente inexistente, sob pena de se manter a submissão das demais esferas de governo ao nível federal.

2) Efetivar uma Reforma Política capaz de corrigir a representatividade dos cidadãos na Câmara Federal, promover a melhoria da governabilidade política e de adotar rigidamente os princípios republicanos, ou seja, a separação público/privado e a prevalência do interesse público na condução política do Estado.



- 3) Incrementar a politização das questões de saúde e saneamento, no sentido de mostrar as diferentes visões dos grupos sociais sobre elas, como forma de melhorar o grau de informação e avaliação dos cidadãos com vistas à escolha das alternativas políticas para a saúde e o saneamento.

- 4) Estabelecer as Políticas de Saúde e Saneamento como Políticas de Estado, isto é, imunes em suas estruturas às naturais instabilidades da alternância de governos, bem como a busca da estabilidade do financiamento para estes setores, tanto em termos quantitativos (montante dos recursos) como qualitativos (a necessidade de recursos fiscais, como acontece com a PEC-Saúde). A despeito de muitos dos Municípios brasileiros encontrarem-se formalmente vinculados ao SUS, eles não efetivam seus princípios. E, ao procederem desta forma, sinalizam que as normas nacionais do SUS são traduzidas pela esfera local segundo os interesses municipais relativos à questão da saúde. No âmbito de tais interesses, sobressaem as expressões locais da relação Executivo/Legislativo e Executivo/sociedade, bem como a conexão entre os setores público e privado na prestação de serviços de saúde

- 5) Implementar um processo de descentralização que potencialize a democratização das ações de saúde e saneamento. A afirmação da descentralização como questão de interesse público remete ao tema do nível local como espaço de negociação política e de constituição de novos sujeitos sociais. Um primeiro aspecto a ser destacado retoma a importância do ideário político e do programa da administração municipal na formulação e implementação de uma política de saúde de corte democrático. E para tanto, a participação dos segmentos sociais – no sentido de se contemplar os interesses dos setores mais excluídos –, torna-se condição distintiva do padrão de gestão adotado. E experiências de descentralização estudadas ressaltam a importância



do Executivo nas iniciativas políticas não só na implantação do SUS, como na criação de canais de participação e do incentivo para que ela ocorra. O segundo aspecto a ser destacado refere-se à participação do Legislativo no processo de tomada de decisões. Neste caso, há uma tendência a se configurarem padrões distintos segundo o porte dos municípios. Diante disso, coloca-se como questão a complexidade da relação entre descentralização e democracia: ao mesmo tempo em que se verificam avanços na democratização da saúde, constata-se um deslocamento do *locus* político por excelência, o Legislativo. Assim, corre-se o risco de ocorrerem processos de maior permeabilidade do Estado às demandas sociais, por estarem estreitamente vinculados a iniciativas do Executivo e virem acompanhados do enfraquecimento das instituições clássicas de representação política (Legislativo). Mas, certamente, o principal significado dessas experiências reside no fato de terem demonstrado a viabilidade de articulação entre democracia representativa e democracia direta no avanço da construção de um espaço público em que o aprendizado do exercício da cidadania ativa assume um papel central. Se é assim, o poder local configura-se como um espaço privilegiado de se fazer avançar a democratização das políticas públicas de corte social, num processo não linear, mas que aponta para a viabilidade de a descentralização poder levar à democratização, possibilitando assim o exercício do controle público e da participação ativa dos cidadãos na formulação e implementação das políticas setoriais. A continuidade e a generalização em grande escala do controle público na saúde, sobretudo envolvendo a participação popular como estratégia para a democratização da sociedade e para a construção da cidadania, dependem principalmente da atuação de dois atores coletivos: as administrações, nas diferentes esferas de governo, e os movimentos sociais, em particular as organizações de cunho mais popular, como os movimentos de saúde. Cabe à



administração, ou aos governos, no entanto, consolidar e ampliar o apoio ao ideário da participação, sem porém reduzi-lo a um mecanismo de cooptação das forças sociais participantes. Por sua vez, cabe aos movimentos sociais e aos distintos setores organizados da sociedade avaliar sua capacidade para que experiências de participação e de novas modalidades de gestão da coisa pública se enraízem. No entanto, algumas questões prévias se colocam ao debate da descentralização favorecendo a democratização: a mais fundamental para sua definição reside em buscar melhorar o equilíbrio da relação entre Estados e Municípios, seguindo-se o aumento do poder político e financeiro do Município, o fortalecimento dos mecanismos de cooperação entre eles, caracterizando melhor o entendimento da descentralização e definindo com maior precisão as competências entre os entes federados nela implicados. Em resumo, a implementação de um processo de descentralização sob a égide de um mínimo de eficácia social requer a articulação das decisões nacionais combinada com a maior flexibilidade dos níveis local e central, e que mantenha projetos centralizados que permitam a redistribuição de recursos inter-regionais. Este certamente é o principal desafio colocado ao processo de descentralização em curso.

- 6) Buscar modalidades alternativas de gestão nas áreas de saúde e saneamento como forma de reinventar a relação Estado/sociedade no atendimento das necessidades sociais. Grande parte das modalidades estatais de gerenciamento e administração vigentes no setor público de saúde encontram-se esgotadas do ponto de vista de se obter um mínimo de eficácia social na prestação de serviços. Sem que ocorra mudanças de fundo no funcionamento do Estado brasileiro não há meios para transformar em virtuosas as atuais modalidades estatais de produção e gerenciamento da saúde, o que também constitui uma outra face das dificuldades do SUS. A



ausência de registro das administrações anteriores sobre a saúde, caracterizando uma falta de memória administrativa em relação ao setor, revela a forma como a saúde é gerida em muitos municípios, bem como de seu grau de (des)organização técnico-administrativa. Por outro lado, constitui um passo significativo a proposta de algumas das administrações – e que necessariamente não depende do partido político no poder – de buscar uma nova ética na relação com a população, ética esta orientada pelas noções de cidadania e eficácia social do Estado.

7) Desmercantilização da produção de serviços, o que na saúde significa o estímulo à produção privada de serviços sob modalidades não mercantis, tal como ocorre nas modalidades cooperadas e nas parcerias com instituições privadas sem fins lucrativos. Na área de saneamento, a desmercantilização diz respeito ao tratamento das questões na linha das Políticas Sociais e não da do investimento segundo a lógica do retorno econômico.

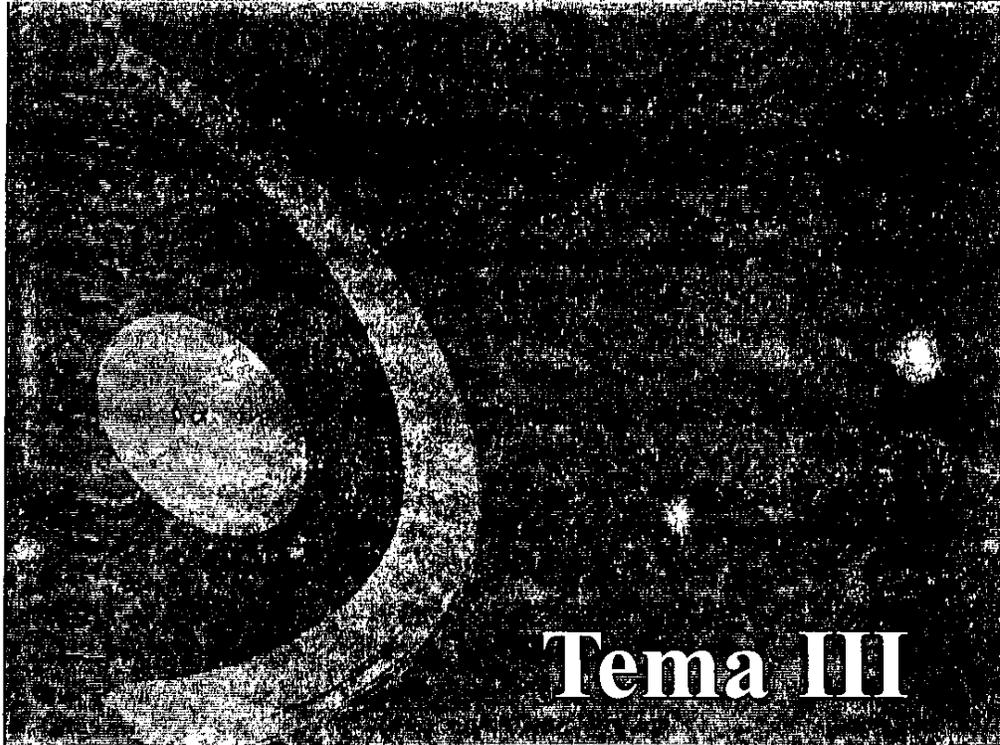
Claro está que a operação política necessária à condução de Agendas setoriais de tal magnitude e porte não é tarefa para parcelas da sociedade, sejam elas partidárias ou movimentos sociais. Antes supõem a construção de bases as mais amplas e sólidas possíveis – portanto, para além dos interesses político-partidários e ideológico imediatos – capaz de aglutinar todos os setores sociais que de uma forma ou de outra estejam preocupados com a questão da saúde.

Qualquer dos caminhos possíveis para a manutenção e reestruturação do padrão de intervenção do Estado na saúde exige uma capacidade ampliada do Estado; e como afirma Peter Evans, "transformar o Estado de problema em solução deve ser um item central em qualquer agenda política realista para o Terceiro Mundo". Esta é a grande questão colocada no futuro imediato não apenas para as políticas de saúde, mas principalmente para os setores da sociedade comprometidos com a consolidação da democracia no Brasil.



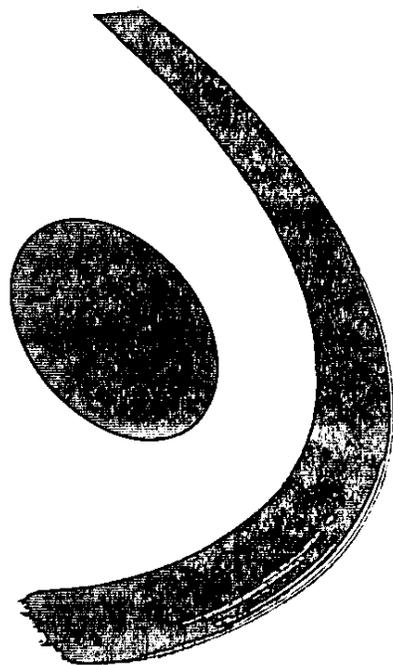
Os dilemas da saúde não se encontram na antinomia Estado/mercado ou mesmo no público/privado, mas em reverter a ação política na saúde de um projeto capaz de efetivamente enfrentar a desigualdade e exclusão sociais, e que introduza mecanismos reais de controle público sobre os serviços de saúde, sejam eles estatais ou privados. Desta forma, estão dadas as condições fundamentais das perspectivas para a garantia do acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde. Claro está que uma ação política desse tipo não prospera isoladamente na saúde, e faz-se indispensável a construção de suas bases sociais de apoio para que estas orientem a ação do Estado nas demais políticas sociais. Ademais, uma ação com estes horizontes exige sua articulação com as políticas econômicas, pois como afirma Maria da Conceição Tavares "evidentemente falamos é da necessidade de um novo padrão de desenvolvimento que permita incluir os excluídos e tornar virtuoso o novo paradigma".





Tema III

**Modelo Assistencial
e de Gestão para
garantir acesso,
qualidade e
humanização na
atenção à saúde,
com controle social**







Determinantes das condições de saúde e problemas prioritários no País¹

Maurício L. Barreto²
Eduardo Hage Carmo³

Introdução

A Constituição Brasileira ao estabelecer o Sistema Único de Saúde trouxe a possibilidade de antevermos um sistema que assegurasse acesso universal e equânime às ações e aos serviços necessários para a promoção, proteção e recuperação da saúde e que levasse à melhorias dos níveis de saúde da nossa população e à plena satisfação desta com os serviços ofertados. O objetivo deste artigo é analisar os acontecimentos ocorridos nos últimos anos no que diz respeito às condições de saúde da população, procurando destacar os problemas de maior magnitude e relevância, os fatores que determinam tais problemas, mas antes de tudo oferecer elementos no sentido de alimentar a discussão e as decisões políticas relativas ao futuro do SUS.

A Lei nº 8.080, em seu art. 3º, ao definir que "A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País", assume, no nosso sistema legal, um conhecimento que por muitos anos vem sendo acumulado no campo da saúde coletiva da indissociabilidade entre a saúde dos indivíduos e das populações e a organização das sociedades.

¹ Texto elaborado como subsídio aos debates da XI Conferência Nacional de Saúde, Brasília, Dez. 2000

² Professor Titular em Epidemiologia, Instituto de Saúde Coletiva/UFPA

³ Doutor em Saúde Pública, Coordenador de Agravos, Diretoria de Vigilância Epidemiológica/SESAB



Qualquer análise dos padrões de saúde prevalentes na sociedade brasileira mostra que importantes mudanças tem ocorrido, as quais nem sempre positivas, têm levado a sentimentos contraditórios de celebração e de desalento. Assim, numa análise preliminar das tendências de indicadores dos níveis globais de saúde da população brasileira chama a atenção de fatos como: aumento significativo da expectativa de vida com reduções acentuadas em indicadores como mortalidade infantil e mortalidade proporcional por doenças infecciosas. Este processo, que se vem verificando desde o início do presente século e se intensificou a partir da década de 50, nos conduz a visualizarmos melhorias significativas nos padrões de saúde da população. Por outro lado, o crescimento de problemas como a violência e as doenças e agravos à saúde de origem ambiental e ocupacional, o reaparecimento de velhos problemas como a dengue e a cólera, a persistência das velhas endemias (tuberculose, esquistossomose, malária etc.), o aumento das doenças crônicas e degenerativas (cânceres e doenças cardiovasculares etc.), ao lado de deficiências generalizadas no sistema de assistência à saúde, com uma demanda crescente e insatisfeita, evidenciam os contrastes com as melhorias alcançadas, passando a exigir de todos nós esforços e análises consistentes no sentido de entender esta complexa e paradoxal situação, bem como as suas implicações para as políticas e para a organização dos serviços de saúde (Barreto & Carmo, 1994; Barreto *et al.* 1997)

Tendências da morbi-mortalidade

No presente século o País vem experimentando intensas transformações na sua estrutura populacional e no padrão de morbi-mortalidade. A partir da segunda metade do século, a constante queda da taxa de natalidade, mais acentuada que a verificada nas taxas de mortalidade, tem provocado uma diminuição nas taxas de crescimento populacional (Bayer *et al.* 1982). Paralelamente, tem se verificado um aumento da expectativa de vida ao nascer, que passa de 45.9 anos em 1950 para 67.8 anos em 1997, indicando o processo de envelhecimento da população, com aumentos conti-



nuos e significativos na proporção de indivíduos com idade superior a 60 anos.

Para entendermos as modificações na estrutura demográfica faz-se necessário uma apresentação das recentes tendências no padrão de morbi-mortalidade. Uma das mais importantes tendências diz respeito à redução nas Taxas de Mortalidade Infantil (TMI) (/1000 nascidos vivos), intensificada a partir da década de 60, quando apresentava uma média nacional de 117, passando para 50,2, na década de 80 (Fig 1). Na análise das informações para a década de 90, verifica-se que houve uma redução nacional média de 26,9% (49,4/1000 NV em 1990 para 36,1/1000 NV em 1998), tendo esta redução ocorrido em diferentes intensidades nas diversas macro regiões (Fig.2). As tendências para os dois componentes da taxa de mortalidade infantil (neonatal – 28 dias e pós-neonatal – 28 dias à 1 ano) evidenciam que esta redução foi mais acentuada para a mortalidade infantil pós-neonatal. Este componente associa-se mais fortemente com fatores relacionados ao ambiente, concentrando uma maior proporção de óbitos por doenças infecciosas, particularmente as infecções intestinais, enquanto que a mortalidade neo-natal relaciona-se mais fortemente com fatores ligados à assistência pré e pós-natal.

Outra importante tendência nos padrões epidemiológicos, com evidentes reflexos na estrutura demográfica, diz respeito às modificações na composição da mortalidade por grupo de causas. Assim, as doenças infecciosas e parasitárias (DIP), que representavam 45,7% do total de óbitos ocorridos no País em 1930, representaram apenas 6,2% dos óbitos no ano de 1990 (excluído do total de óbitos as causas mal definidas) ⁴. Enquanto isto, as doenças cardiovasculares (DCV), seguindo uma tendência inversa, aumentaram sua participação de 11,8% para 31,7%, do total dos óbitos ocorridos no mesmo período (Fig. 3). Analisando a evolução recente das taxas padronizadas de mortalidade (/100.000 habitantes) para os

⁴ Esta comparação só é possível analisando-se os registros de óbitos para as capitais do país.



principais grupos de causas definidas (Fig. 4), observa-se que as DCV apresentavam uma taxa de 144,8 em 1998, seguidas das causas externas (69,7) e das neoplasias, com taxas bem próximas (63,0). Ao analisarmos as tendências nas taxas de mortalidade, cabe pontuar que, para o ano de 1991, observou-se redução importante em todos os grupos de causa, retornando, nos anos seguintes, aos níveis esperados de acordo com a tendência observada para toda a série histórica⁵.

Enquanto que para as DCV observa-se uma tendência de redução nas taxas padronizadas de mortalidade, as neoplasias e as causas externas interrompem as tendências ascendentes a partir do final da década de 80. As doenças respiratórias, que não tinham uma participação expressiva na composição da mortalidade, em décadas anteriores, têm apresentado uma tendência de estabilidade na última década figurando como a quarta causa de óbito na população total. As doenças infecciosas e parasitárias persistem com a tendência descendente iniciada em décadas anteriores, tendo apresentado uma taxa de 29,2 óbitos por 100.000 habitantes em 1998. Por fim, cabe ressaltar que ao analisarmos os indicadores de mortalidade verificam-se alguns problemas relacionados à sua qualidade, destacando-se a elevada proporção de óbitos por causas mal definidas que, como visto na Figura 4, colocou-se como segundo "grupo de causas" no conjunto da mortalidade.

As tendências nos indicadores de morbidade apresentam algumas diferenças, quando comparadas com as tendências observadas nos indicadores de mortalidade, particularmente no que se refere às doenças infecciosas. Neste grupo, pode ser citada uma série de doenças que apresentaram ou ainda apresentam tendências crescentes na última década.

Desde o início da década de 80, algumas doenças infecciosas passaram a ser registradas ou são reintroduzidas no País, destacando-se a AIDS (1982), dengue (1982), cólera (1991) e hantavirose (1993) sendo que, dentre estas, somente

⁵ Tal distorção pode ser atribuída a possíveis problemas no SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade/CENEPI/FNS/MS) para o ano em questão, o que entretanto necessita ser confirmado.



a cólera apresentou redução significativa na presente década. A rápida disseminação da AIDS no País tem trazido reflexos na ocorrência de uma série de doenças infecciosas associadas, particularmente a tuberculose. Com relação a esta doença, vinha sendo observada uma redução na incidência no período de 1983 até 1990, quando passa a ocorrer uma estabilização nas taxas. Fatores como a associação com a infecção pelo vírus HIV, deficiências no programa de controle, além da manutenção de precárias condições de vida de importante parcela da população podem estar associados à persistência de elevados níveis de incidência da tuberculose em algumas áreas (MS/FNS/CENEPI, 2000). A expansão do dengue, ademais de acometer grandes contingentes populacionais com a sua forma clássica, apresenta sombrias expectativas em relação à possibilidade de ocorrência de formas hemorrágicas. Por outro lado, a dispersão do *Aedes Aegypti* para aproximadamente 3.000 Municípios brasileiros, associado à circulação do vírus da Febre Amarela em áreas silvestres próximas de centros urbanos, expõe grande parcela da população urbana ao risco de transmissão desta doença (MS/FNS/CENEPI, 2000).

Outro grupo de doenças infecciosas apresenta incremento nas taxas de incidência (leishmanioses visceral e tegumentar, hanseníase, malária) ou da área de transmissão (esquistossomose, leishmaniose visceral). Cabe destacar, no entanto, a redução da prevalência da hanseníase, alcançada na presente década com as medidas descentralizadas do programa de controle.

Dentre as doenças infecciosas que apresentam nítidas tendências decrescentes, destacam-se as doenças imunopreveníveis, com evidente impacto na morbidade infantil. Para este grupo, o exemplo mais clássico é representado pela poliomielite, a qual, desde o final da década passada, está com a sua transmissão interrompida em todo o continente americano. Impacto semelhante, resultado de altas coberturas vacinais alcançadas, vem atualmente sendo verificado para o sarampo, com drásticas reduções nos seus níveis de incidência e de mortalidade. Tendências decrescentes têm também



sido observadas para coqueluche, difteria e tétano neonatal. Dentre as doenças de transmissão vetorial, o controle do *T. cruzi* tem feito decrescer a incidência e prevalência da infecção chagásica nos grupos populacionais mais jovens, como foi evidenciado por inquérito sorológico em escolares realizado no País (Silveira & Resende, 1994).

Com base no sistema de informação hospitalar do SUS também evidencia-se, para as doenças transmissíveis, um panorama diferente ao que tem sido apresentado para os indicadores de mortalidade. A análise da série histórica da proporção de internações por este grupo em relação ao total de internações no País, evidencia que não ocorreu uma tendência de redução, na mesma intensidade que a verificada para a mortalidade (Fig. 5). Nos últimos 15 anos, para o País como um todo, as doenças classificadas no capítulo das DIPs têm representado valores próximos aos 10% do total de internações, sendo estes valores superiores para as regiões Norte e Nordeste. Na composição das causas de internações por DIPs, para o ano de 1999, destacam-se as doenças infecciosas intestinais, que representaram 63,1% do total no País e 76,1%, na região Nordeste.

No que diz respeito aos indicadores de morbidade para as doenças crônico-degenerativas, existem poucas informações disponíveis para sua mensuração, na medida em que não foram desenvolvidos sistemas para o registro sistemático destes agravos. A sua apreensão só é possível mediante resultados de inquéritos específicos, realizados para algumas doenças. Assim, para a diabetes, inquérito realizado em 9 capitais e concluído em 1988, registrou uma prevalência média de 7,6% na população de 30 a 69 anos de idade (Comissão Coordenadora Central do Estudo sobre Prevalência de Diabetes *Mellitus* no Brasil, 1992). Os registros de câncer de base populacional, existentes em 6 (seis) capitais, além de Campinas, constituem-se importante fonte de informação e, em seu conjunto, mostram significativas diferenças regionais na ocorrência das neoplasias. De uma maneira geral, na população masculina predominam as neoplasias de localização em estômago, pulmão, próstata e



cólon/reto, enquanto que na população feminina as principais localizações são colo uterino e mama (Koifman, 1995).

Também para as doenças crônicas o Sistema de Informações Hospitalares possibilita uma análise de tendências históricas (Fig. 5) e das diversidades regionais. Analisando-se as tendências da participação nas internações para os seus diversos subgrupos, no conjunto das doenças que tiveram destaque como causa de mortalidade – excluindo-se portanto causas obstétricas, psiquiátricas, entre outras – as doenças cardiovasculares representaram a segunda causa de internação. É interessante notar que as doenças cardiovasculares vêm apresentando uma tendência lenta, porém constante, de redução da sua participação proporcional no total de internações, o que tem ocorrido em todas as regiões do País. As neoplasias, com uma participação média anual de 3% do total das internações, apresentam tendência estável no período.

Para as doenças respiratórias e as causas externas também são observadas tendências estáveis em toda a série histórica. Enquanto que as doenças respiratórias são responsáveis por aproximadamente 16% das internações – sendo que metade destas é representada pela pneumonia – as causas externas contribuem com uma participação próxima aos 5.5% do total de internações. Vale ressaltar que, ao considerarmos todos os grupos de causa de internações, incluindo-se aqueles que não foram analisados na discussão sobre mortalidade, verificamos que os motivos relacionados à gravidez, parto e puerpério, respondem pela maior proporção das internações (25.7%).

No que concerne à ordem de suas participações relativas entre os diversos grupos em que se classificam as doenças, alguns contrastes emergem na compatibilização das informações de mortalidade e de morbidade hospitalar. Tal quadro justifica-se pelo fato de que a ocorrência do óbito é uma expressão da gravidade da doença ou do inadequado tratamento desta, enquanto que a hospitalização não segue neces-



sariamente esta ordem de determinação. Como exemplo, tem-se a grande proporção de internações pelo grupo de causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério, que não configuram no seu conjunto uma situação de gravidade, vista em termos da magnitude da mortalidade. Porém, aqui deve-se chamar a atenção para a questão da mortalidade materna, a qual, apesar de sua aparente baixa magnitude, apresenta, no Brasil, taxas muito altas quando comparadas a outros países, refletindo as deficiências na assistência pré e pós-natal. Por outro lado, alguns agravos evoluem para quadros severos porém com baixa letalidade, outros são potencialmente reversíveis mediante ações por parte dos serviços de assistência à saúde, fenômeno que acontece, por exemplo, com relação às infecções respiratórias. Tais fenômenos explicam parte das diferenças na ordem de frequência entre os indicadores de morbidade e de mortalidade.

Desigualdades nas Condições de Saúde

Os indicadores de morbi-mortalidade da população brasileira apresentados acima permitem uma comparação com outros países do terceiro mundo. Tem sido fartamente documentada a situação paradoxal do Brasil de apresentar indicadores econômicos em níveis incompatíveis aos dos indicadores sociais, incluindo-se os de saúde, como por exemplo, taxa de mortalidade infantil e expectativa de vida ao nascer (Fleury, 1995; Ometto, 1995). Ainda que se observe uma tendência de melhoria para alguns indicadores de saúde no Brasil, a reduzida velocidade desta tendência propicia a persistência ou mesmo a ampliação das desigualdades.

A insuficiente melhoria nos indicadores de saúde no Brasil pode ser melhor visualizada na comparação com alguns países da América Latina. Assim, segundo as estimativas do Banco Mundial para 1998 (www.worldbank.org), o México apresentou uma expectativa de vida ao nascer 5 anos a mais que o Brasil, a Argentina e o Uruguai, 6 anos, e o Chile, 7 anos. No período de 1970 a 1998 houve redução das Taxas de Mortalidade Infantil (TMI) para todos estes países, bem como



na grande maioria dos países do globo. Entretanto, enquanto esta taxa para o Brasil era de 33,1 óbitos por 1000 nascidos vivos em 1998, México (30,2), Argentina (18,6), Uruguai (16,4) e Chile (10,2) apresentaram taxas inferiores. Estudos também mostram que a expectativa de vida no Brasil é menor do que em países com renda *per capita* menor ou similar que o Brasil. Assim, países como China e Sri Lanka com renda *per capita* em torno de 1/5 da renda *per capita* brasileira apresentam expectativas de vida ao nascer significativamente maiores.

As desigualdades entre as regiões podem ser também visualizadas nos indicadores relacionados à composição da mortalidade para os grupos de causa analisados no presente estudo. Enquanto que para as regiões Sul e Sudeste, as DIPs já representavam a quinta causa de óbito em 1980, na região Nordeste este grupo representava a segunda causa de óbito neste ano e só em anos recentes assume a mesma posição já verificada para as demais regiões (excluindo-se os sinais e sintomas mal definidos). As doenças cardiovasculares, por sua vez, representavam a primeira causa de óbito para todas as regiões, já em 1980. Entretanto, em 1998 este grupo era responsável por 33,2% e 35,3% dos óbitos nas regiões Sudeste e Sul, respectivamente, enquanto que na região Nordeste representava 30,3% dos óbitos, com causa definida.

Os indicadores de morbidade nos ajudam também a evidenciar as desigualdades inter-regionais. Assim, considerando-se a composição de grupos de causas da morbidade hospitalar (excluindo-se motivos relacionados à assistência ao parto), verifica-se que as doenças cardiovasculares representam a segunda causa de internações nas regiões Sul e Sudeste em 1999, seguida das doenças respiratórias. Nestas duas regiões, no ano de 1999, as DIPs representaram a quinta e sexta causas de internações, respectivamente. Na região Nordeste, as DIPs ainda representaram a segunda causa de internações em 1999, enquanto que as doenças cardiovasculares representaram a quinta causa.

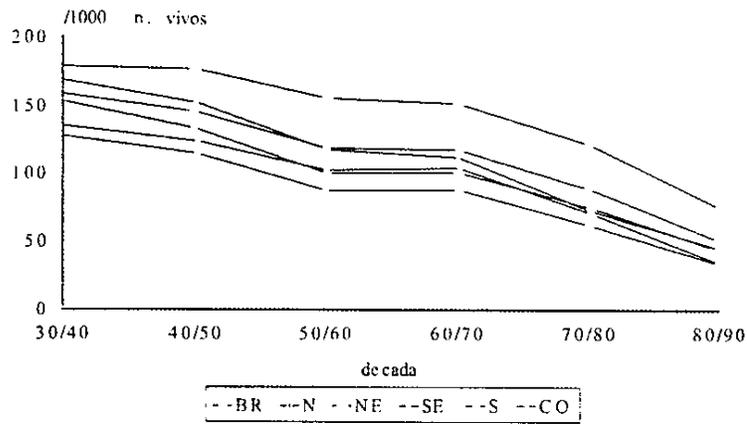


A análise dos indicadores globais de saúde também evidencia o quadro de desigualdades entre as regiões do País. Apesar da intensa queda verificada nas TMI para o País como um todo, verifica-se que isto ocorreu com diferentes intensidades nas suas várias regiões. Assim, na década de 30, a região Sudeste apresentava TMI de 153, a região Sul 127 e a região Nordeste de 168. Portanto, a região Nordeste apresentava taxas 10% superiores à região Sudeste e 32% superiores à região Sul. Para o ano de 98, o Nordeste apresentava TMI 135% maior do que a registrada na região Sudeste e 158% maior do que a da região Sul. Apesar de uma melhoria absoluta ter sido observada em todas as regiões, o agravamento das diferenças relativas mostra que as soluções em busca do cumprimento das potencialidades biológicas está se dando com diferentes intensidades, provocando uma ampliação das desigualdades.

Outros indicadores de morbidade, de base não hospitalar, também revelam as desigualdades interregionais, como as maiores taxas de incidência e/ou prevalência para cólera, dengue, esquistossomose, doença de Chagas, leishmanioses, para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Diferenças importantes são ainda observadas no estado nutricional das populações. Resultados de dois grandes inquéritos realizados no País em 1975 e 1989, permitem verificar que, para o País como um todo neste período, houve uma redução de 61% da desnutrição infantil (medida através do déficit no índice altura/idade). No entanto, a análise dos dados para as regiões permite constatar que a maior redução ocorreu nas regiões Sul e Sudeste, as quais já apresentavam um menor índice de desnutrição no início do período considerado. Em 1975 a prevalência de desnutrição infantil no Nordeste era 2,3 vezes maior que no Sudeste, enquanto que em 1989 já era 5,1 vezes maior. As diferenças entre classes sociais também aumentaram, pois os 25% mais pobres, em 1979, tinham uma prevalência 5 vezes maior de desnutrição, comparados aos 25% mais ricos; já em 1989 esta diferença era de 9,7 vezes, ainda que a desnutrição tenha decrescido para todas as classes sociais (Monteiro *et al.* 1995).

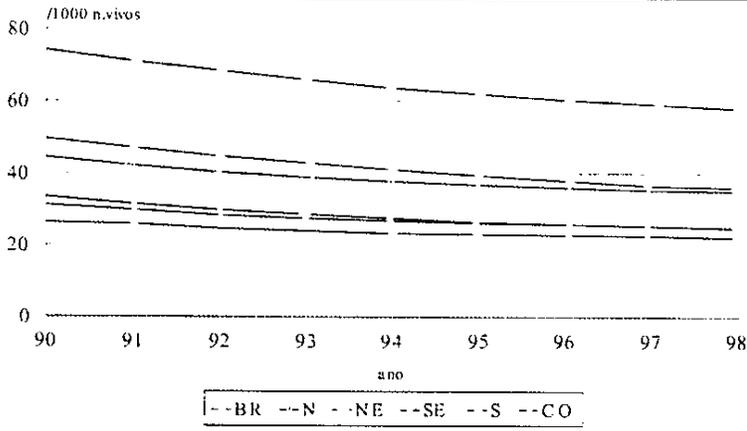


Figura 1 - Coeficiente de mortalidade infantil - Brasil e Regiões - 1930 - 1990



Fonte: IBGE, Anuário Estatístico do Brasil, 1993

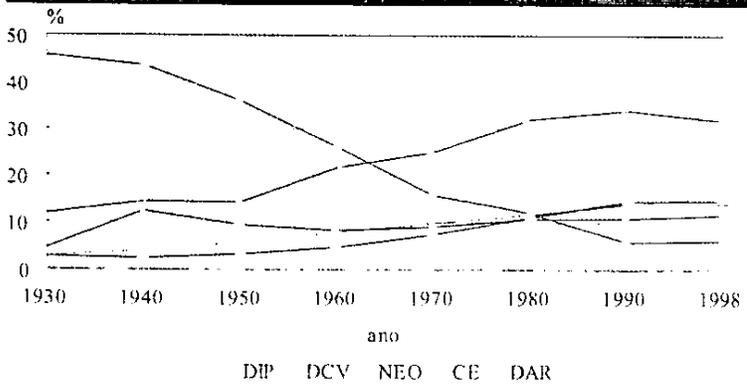
Figura 2 - Coeficiente de mortalidade infantil - Brasil e Regiões - 1990 - 1998



Fonte: MS FNS DATASUS

245

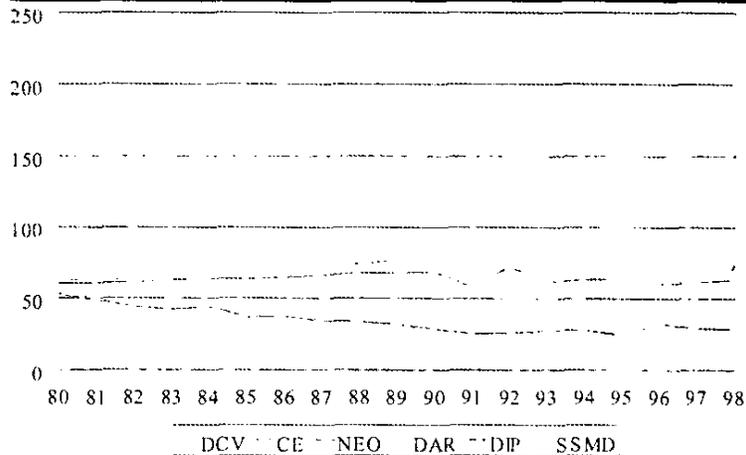
Figura 3 - Mortalidade proporcional segundo grupos de causas selecionadas. Brasil - Capitais - 1930 - 1998



Fontes: FIOCRUZ/RADIS, Dados, n° 7, 1984; MS FNS DATASUS - Excluídas as causas mal-definidas

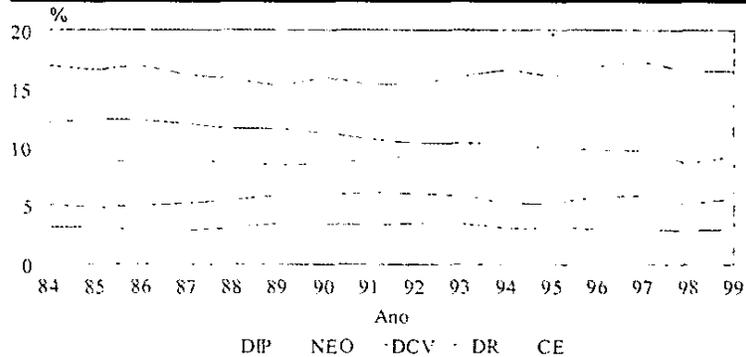


Figura 4 - Taxa de mortalidade padronizada por grupos de causa Brasil, 1984 - 1999



Fonte: MS, FNS, DATASUS

Figura 5 - Proporção de internações por grupos de causa Brasil, 1984 - 1999



Fonte: MS, FNS, DATASUS

246

Determinantes do quadro epidemiológico

A análise dos determinantes das condições de saúde tem, em geral, privilegiado os determinantes micro-epidemiológicos (individuais) e dado pouca ênfase nos determinantes macro-epidemiológicos (coletivos). Acreditamos que esta última forma de abordar a questão é relevante pois, sem retirar a devida importância dos fatores individuais e das intervenções médico-sanitárias, relativiza-os na transformação dos perfis de saúde da população.

Com base nos diagnósticos e análises da situação de saúde



existentes e sumariamente apresentados acima, vemos ser impossível construir uma explicação unificada e global da situação encontrada em um País com a dimensão e a diversidade de problemas sociais e de saúde. Entretanto, acreditamos que um conjunto de hipóteses explicativas, algumas interdependentes, podem ser apresentadas. Estas hipóteses podem ser úteis no sentido de, em seu conjunto, oferecerem alternativas na explicação da situação encontrada, uma mistura de sucessos e insucessos, bem como na busca permanente e sincera de alternativas políticas, tecnológicas e organizacionais que levem a avanços consistentes nos padrões e níveis de saúde da nossa população (Levins & Lopez, 1999):

1) Os aumentos constantes nos custos da assistência a saúde associado aos recursos limitados para investimento no setor impedem a expansão de componentes da rede assistencial do SUS. Existem claras evidências em todo o mundo de que os custos dos serviços e insumos utilizados na assistência a saúde vem tendo aumentos constantes e reais. Esta constatação tem levado mesmo a países desenvolvidos, com altos níveis de dispêndio *per capita* em saúde, a buscarem formas de contenção destes custos, os quais além de apresentarem tendências crescentes mostram-se de difícil controle. Por exemplo, a utilização crescente de tecnologias avançadas com objetivo de diagnóstico tem sido acompanhada de aumento dos custos destes procedimentos. No Brasil, existem evidências de que os aumentos dos custos dos serviços e insumos do sistema de saúde têm ocorrido com taxas bastante superiores às taxas inflacionárias. No período entre agosto de 1994 e dezembro de 1999, a Fundação Getúlio Vargas (FGV) estimou a inflação geral em 76,6%, enquanto a inflação dos preços em saúde foi da ordem de 99,2%. Ou seja, sob a justificativa de aumento de custos (nem sempre justificados) vários componentes do sistema têm aumentado os seus valores além daqueles esperados em decorrência das taxas de inflação. Em consequência, os serviços contratados e conveniados pelo SUS estão em permanente pressão por aumentos nos seus preços. Entre 1997 e 1999, o valor médio pago por



internação subiu em 46,6% (de R\$259,55 para R\$380,55), significando mais que o dobro da inflação do mesmo período. Portanto, políticas voltadas para controle dos custos, tal como aconteceu com o estímulo a produção e a comercialização dos medicamentos genéricos ou o desenvolvimento de tecnologias alternativas e próprias, devem ser estimuladas, implementadas e avaliadas na medida em que os aumentos nos preços do setor é um fator impeditivo à sua expansão, podendo inclusive consumir aumentos reais que venham a ser conquistados nos investimentos para saúde. Hoje, ao lado da expansão de serviços primários (p. ex. PACS e PSF), de mais baixo custo, observa-se a contenção dos serviços secundários e terciários, cuja oferta, entretanto, está ainda distante de atender as necessidades existentes.

2) Embora as ações de saúde sejam direcionadas para atender demandas relativas à problemas relevantes de saúde, estas têm baixo impacto no sentido de modificar os padrões de ocorrência das doenças e de reduzir os riscos.

A existência de maiores recursos para a saúde tem, muitas vezes, apenas implicado em maiores recursos para tratar as doenças. Mesmo defendendo-se a importância e a pertinência de tais investimentos, faz-se necessário clarificar algumas confusões relacionadas aos objetivos das ações de saúde. Esquemáticamente, de um lado temos as ações voltadas à reparação dos danos (através do tratamento das doenças) e, do outro, temos as ações voltadas à proteção da saúde (através de medidas de prevenção das doenças e de promoção da saúde). A face mais visível dos sistemas de saúde tem sido aquela direcionada para o tratamento e recuperação do indivíduo, vítima de algum evento mórbido. Para tanto, complexos e custosos recursos tecnológicos médicos têm sido desenvolvidos e utilizados. Evidentemente, este componente do sistema, ainda que importante para atender as necessidades sentidas de saúde, as quais, em geral, são representadas pelas doenças, tem pouco impacto em modificar os padrões de ocorrência das doenças na população. As ações centradas nos serviços curativos de saúde, por sua capacidade de prevenção



dos danos. podem provocar reduções na letalidade de algumas doenças ou agravos, entretanto, sem interferir no padrão de ocorrência destas doenças, já que não atuam nos seus determinantes. Em conseqüência, no máximo exercem algum efeito significativo sobre os padrões de mortalidade, porém, com raras exceções, têm efeito apenas marginal sobre a incidência das doenças.

3) Nós temos mais ações de cuidado à saúde, porém, uma parte é inefetiva ou mesmo associada a efeitos danosos. A capacidade de produzir e colocar em uso novas tecnologias voltadas para o cuidado à saúde (drogas, aparelhos, procedimentos e sistemas organizacionais para a atenção à saúde) tem crescido exponencialmente. Ao lado do potencial de cura ou de prevenção (nem sempre confirmado) e dos efeitos indesejáveis destas tecnologias estão seus altos e crescentes custos, razão de preocupação de todos aqueles com alguma responsabilidade sobre a saúde dos indivíduos ou das populações. Além do que, esta é uma das faces mais visíveis da globalização no campo da saúde, pois tem resultado na crescente dependência dos países periféricos no que diz respeito às tecnologias médicas, em geral concebidas nos países centrais. Existem hoje sérias dúvidas, ou, pelo menos, muitas incertezas, relativas à real efetividade e aos benefícios de muitas das tecnologias utilizadas no campo da saúde. Existem evidências de que mesmo intervenções de alto custo, como por exemplo a revascularização coronariana, em muitos dos casos em que são aplicadas, não trazem benefícios para os pacientes. A resistência bacteriana, fenômeno crescente e preocupante e que tem em suas raízes o uso descontrolado de antibióticos, não é somente um problema grave (alguns o consideram entre os mais sérios problemas da atualidade), como passa a exigir novas gerações de dispendiosos antibióticos. Além disto, os efeitos iatrogênicos, as infecções hospitalares e os erros médicos, gerando intervenções médicas desnecessárias, têm sido relacionados com efeitos negativos na saúde. Estudo recente nos Estados Unidos estimou que, naquele país, algo em torno de 100.000 mortes podem



estar relacionadas a estes efeitos colaterais do sistema de saúde (Kohn *et al.* 2000). Em países como o Brasil, enquanto não existir estimativas similares, tudo nos leva a crer que a situação relacionada a tais efeitos indesejáveis possa ser ainda mais séria.

4) O acesso e os benefícios gerados pelos programas de saúde não são equânimes, atingindo menos os que mais deles necessitam. Na maioria dos países capitalistas o acesso e os benefícios do sistema de saúde são inversos em relação às necessidades (“lei do cuidado inverso à saúde”). No Brasil, a primeira grande diferença no que diz respeito ao cuidado à saúde pode ser constatada pela existência de aproximadamente 40 milhões de indivíduos que possuem planos privados de saúde e os 120 milhões restantes que, sem acesso a tais planos, é dependente do SUS. Porém, mesmo dentro do SUS, há evidência de que existem mecanismos que levam a que determinados grupos tenham acesso diferenciado aos já limitados recursos existentes, em função das diferenças existentes na distribuição de recursos, estando-se longe de uma situação de equidade. Diferenças no acesso a tais recursos entre regiões, Estados e Municípios e entre as populações rurais e urbanas, estão entre os problemas que precisam ser equacionados no sentido da busca da equidade da oferta de serviços e de proteção à saúde. Assim, em documento do Banco Mundial sobre saúde no Brasil elaborado há uma década conclui-se que “são os pobres do Brasil que enfrentam maiores riscos dos problemas de saúde da pós-transição, que tem as mais altas taxas de doenças, e que apresentam as mais altas taxas de mortalidade por estas doenças” (World Bank, 1990, p. 61). Não há evidências de que mudanças significativas tenham ocorrido neste quadro. Recente análise de programas direcionados à saúde infantil mostra que os efeitos nos mais pobres só passam a ser percebidos tempos após terem beneficiado os mais ricos. Tal ordem dos efeitos gera um aumento inicial das iniquidades, que somente se reduzirão em uma etapa posterior (Victoria *et al.* 2000). Iniciativas mais recentes como o PACS e o PSF precisam ser adequadamente



avaliadas não somente no seu efeito global, como também nos seus efeitos sobre a equidade.

5) **As desigualdades sociais, além de perpetuarem as desigualdades em saúde, impedem que ocorram melhorias mais substanciais nos níveis globais de saúde.** Existe em todo o mundo evidências de que a estratificação da população, de acordo com seus níveis socioeconômicos, define também estratos diferenciais nos níveis de saúde. Países desenvolvidos ou subdesenvolvidos, com diferentes patamares nos níveis de saúde das suas populações e com diferentes padrões epidemiológicos, assemelham-se no tocante à existência destes gradientes. A frequência de qualquer doença, com raras exceções, aumentam com a redução do nível social e econômico dos grupos sociais. É consistente o fato de que entre países com níveis econômicos similares, aqueles com maiores níveis de desigualdade social apresentam níveis mais baixos de saúde. Não por acaso que os EUA apresentam um dos piores níveis de saúde entre os países desenvolvidos. Isto tem sido explicado pelo fato deste País, apesar de ser o mais rico naquele restrito grupo de países, é aquele que apresenta maiores desigualdades sociais. Organismos internacionais (p. ex. Banco Mundial, Organização Mundial da Saúde) vêm reconhecendo que sem reduções significativas nas iniquidades sociais será impossível haver melhorias mais substanciais no quadro global de saúde da população, pois observa-se que melhorias modestas no padrão das desigualdades têm fortes efeitos nos níveis de saúde. No Brasil, país que se destaca mundialmente na questão das iniquidades sociais, esta questão assume grande importância e ganha nuances especiais. Por exemplo, a taxa de mortalidade infantil estimada em 1996 para os 20% dos brasileiros mais pobres foi 3 vezes maior que a estimada para os 20% de maior poder aquisitivo (www.worldbank.org/poverty). Enorme concentração da riqueza e dos bens gera imensas distâncias também entre as suas regiões ou entre seus espaços intra-urbanos. Em Salvador, a mortalidade infantil, bem como a mortalidade pela maioria das doenças, é muito superior nas zonas mais



pobres da cidade com relação com as zonas mais ricas. Diferenças similares têm sido observadas em várias outras cidades brasileiras. Iniquidades relacionadas aos gêneros e aos grupos étnicos agravam tal situação. Não é por acaso que a população brasileira apresenta expectativa de vida menor do que a de países que têm rendas *per capita* significativamente menores, porém diferenciam-se por apresentarem distribuição menos desigual da riqueza. Ainda que venha ocorrendo uma queda da mortalidade infantil no Brasil, tal tendência vem se processando de maneira bem mais lenta do que países latino-americanos com economias similares ou inferiores à economia brasileira. A questão das iniquidades sociais no nosso País, além dos seus aspectos políticos, sociais e éticos, é, em si, um empecilho para avanços nas condições de saúde da população.

6) O quadro epidemiológico no Brasil caracteriza-se pela mistura das ditas "doenças da pobreza" com as "doenças da modernidade", criando padrões epidemiológicos complexos em que novos problemas aparecem superpondo-se e não substituindo os problemas já existentes, o que amplia a carga de doenças e, como conseqüência, faz crescer as necessidades por mais recursos para reparar os danos. Vimos acima que entre as principais causas de óbito e internamentos em nossa população estão as doenças crônico-degenerativas, os acidentes e as diversas formas de violência. Temos visto que o reaparecimento recente de problemas como a cólera e o dengue além de expor as frágeis estruturas ambientais urbanas em nosso País, as quais tornam as populações vulneráveis a doenças que pareciam superadas, amplia a já alta carga de doenças da população. A persistência de problemas como a desnutrição e de doenças endêmicas como a tuberculose, implica em manter estruturas de cuidado dispendiosas que competem com os recursos escassos que poderiam, em caso da não existência destes problemas, virem a ser utilizados em problemas de saúde com maior magnitude e para os quais temos menos possibilidade de prevenção a curto prazo, como para as doenças crônicas não transmissíveis.



Assim, o programa de controle do dengue centrado no controle químico do vetor, além de ampliar os riscos ambientais urbanos em consequência da utilização dos inseticidas em larga escala, é de alto custo, principalmente se avaliarmos a sua baixa efetividade. Um quadro bem paradigmático desta superposição de padrões ocorre com relação aos problemas nutricionais – reduções na prevalência da desnutrição proteico-calórica estão sendo acompanhadas pelo crescimento da obesidade e da anemia. Deve-se destacar também que, em geral, o tratamento das “doenças da modernidade” requer mais recursos tecnológicos e, como consequência, implica maiores custos para o sistema de saúde. A violência, por exemplo, ao lado das mortes e incapacidades que causa em nossa população produtiva, implica pesadas sobrecargas para os sistemas de saúde e previdenciário.

7) Antecedendo a superposição das doenças, temos a superposição dos riscos, em que novos riscos somam-se aos riscos já existentes, aumentando as chances de ocorrência de doenças. A falta de solução para alguns problemas estruturais e básicos, a manutenção de condições e modo de vida inadequados, a insuficiência nos mecanismos que regulam os danos ao meio ambiente, ocasionam que os riscos a que está exposta a nossa população se superponham, em lugar de, pelo menos, se sucederem. Assim, se de um lado temos a manutenção dos problemas urbanos caracterizados por marcantes deficiências em áreas como o saneamento ambiental, habitação e transporte, temos o surgimento da poluição ambiental de origem química (industrial, inseticidas etc.), os riscos ocupacionais, o aumento dos fatores estressores gerados pela “modernização” das relações sociais, as mudanças comportamentais, o desemprego estrutural e crescente, ampliação das desigualdades intra-urbanas etc. Ademais, o fato do envelhecimento da população ocorrer em condições em que se associam múltiplos riscos amplifica as chances de ocorrência de várias doenças, aumentando a carga mórbida e reduzindo a qualidade de vida deste grupo populacional. Existem cada vez mais relatos sobre os efeitos deletérios de



fatores que se dão no plano internacional sobre a saúde. Assim, os efeitos da denominada globalização que está relacionada com questões tão aparentemente diversas como o aumento das desigualdades entre as nações, a intensificação do comércio internacional, em especial o comércio de produtos alimentícios, o narcotráfico e o contrabando de armas e cigarros ou o aumento da temperatura global ocasionada pela crescente poluição atmosférica, são exemplos de “novos riscos globais” com efeito na deterioração das condições de saúde. Esta superposição de fatores ambientais e sociais “velhos” e “novos” é que torna possível que doenças infecciosas tradicionais sejam mantidas e que ocorra a emergência ou a reemergência de outras tantas, em paralelo ao aumento das doenças crônicas. Tomemos o exemplo do desemprego, além da privação a que sujeita os indivíduos e suas famílias, gerando efeitos no estado nutricional de adultos e crianças e aumento do risco de exposição as doenças infecciosas, provoca aumento na ocorrência das doenças psiquiátricas e cardiovasculares. Tendo em vista a impossibilidade de atuarmos a curto prazo em alguns riscos gerados pelos processos globais, faz-se urgente a superação de algumas categorias de risco tradicionalmente vinculadas à ocorrência de doenças e cuja superação está em função de decisões políticas mais limitadas. Por exemplo, o déficit no suprimento de água e no esgotamento sanitário em muitos centros urbanos representa um risco ambiental cuja extinção depende de decisão política que os coloquem como questões prioritárias. Efeitos seriam sentidos não somente na diminuição de uma série de doenças infecciosas responsáveis por importantes demandas no sistema de saúde, como também funcionariam como protetor do ressurgimento de outros problemas. Não por acaso que nos locais com alto padrão de saneamento não houve o ressurgimento da cólera.

Comentários Finais

A doença pode significar alteração nos mecanismos biológicos do indivíduo afetado, porém os padrões populacionais das doenças não estão no mesmo nível de determi-



nação, sendo definidos no plano da organização das sociedades. O tratamento das doenças se dá no nível individual e é um problema de caráter técnico-científico. Porém, pensar o sistema de saúde, seja o seu polo de tratamento das doenças, seja o seu polo de prevenção das doenças, riscos e agravos e de promoção da saúde, constitui-se em um problema primariamente político. No primeiro, os paradigmas vem predominantemente das ciências biológicas, no segundo os paradigmas devem vir predominantemente das ciências da sociedade, enquanto que freqüentemente nos queiram impor os mesmos paradigmas de cunho biologicista do primeiro.

As condições de saúde das populações são processos que refletem o dinamismo e a complexidade dos demais processos sociais, aonde define-se o balanço entre os fatores de risco e os fatores protetores que esta sociedade produz. Não é portanto estranho que observemos de forma tão associada sucessos e fracassos no que diz respeito às questões de saúde. Em conseqüência de reduções na incidência da diarreia e na desnutrição infantil e de melhorias na assistência à saúde vem ocorrendo reduções na mortalidade infantil, porém seus gradientes regionais, intraurbanas e interclasses são mantidos em função das desigualdades sociais existentes. Esta mesma desigualdade está na base de explicação para o aumento da violência nas grandes cidades. Muitos dos sucessos na saúde, freqüentemente celebrados na mídia, devem-se a soluções de problemas muito específicos, em geral relacionados ao tratamento das doenças, com limitado efeito nos padrões de saúde e, em função dos seus custos, com freqüência nem sempre acessíveis para todos. Do outro lado, os fracassos, nem sempre anunciados com a mesma intensidade, ocorrem por falhas no nosso sistema social ao aumentar ou manter as desigualdades, em mudar estilos de vida, na capacidade de agredir ou na incapacidade de adequadamente proteger o nosso ambiente. Tudo isto criando uma situação própria para que os riscos e as doenças de diferentes épocas, em lugar de se sucederem, superponham-se, gerando efeitos cumulativos com ampliação da carga de doenças e das necessidades por



mais serviços para tratamento das doenças e recuperação da saúde. Neste contexto, situa-se, por exemplo, o reaparecimento de velhas e o aparecimento de novas doenças infecciosas, fato que, para os países desenvolvidos, representou a volta do inesperado, pois o esperado era o fim das doenças infecciosas e não o seu retorno. Porém, para os países periféricos representou, além disto, uma adição à carga das doenças infecciosas já prevalentes.

Deve ficar evidente dos resultados apresentados acima de que a idéia de nível de saúde não é absoluta, mas o ideal a ser alcançado em um determinado momento histórico, tendo por referência as regiões ou grupos sociais que atingiram os níveis mais altos. Há algumas décadas, a expectativa de vida ao nascer em torno dos 60 anos já era uma grande conquista. Porém, na atualidade, como este indicador, em algumas sociedades, já atingiu valores em torno dos 80 anos, esta passa a ser uma meta possível de ser almejada por outras sociedades. Ou seja, viver menos do que isto pode ser traduzido na existência de fatores de caráter econômico, social ou ambiental que impedem a realização plena do potencial biológico da vida. Quando estas diferenças ocorrem no espaço interno de uma sociedade, a situação se torna ainda mais injusta, demandando imediatas reparações.

A Lei nº 8.080 assumiu uma perspectiva progressista ao vincular a saúde a um conjunto de determinantes ambientais e sociais. Entretanto, para que tal prescrição legal venha a ter plena aplicabilidade, deve ter implicações nos nossos sistemas organizacionais e de gestão públicas, o que estamos longe de conseguirmos. Implementar o texto da lei em sua plenitude implicaria colocar as condições de saúde da população como um dos objetivos centrais das ações governamentais, a ser acompanhada pelas mais diferentes esferas de governo, como também em ser um dos efeitos esperados das suas diversas políticas sociais ou econômicas. Assim, como o monitoramento da situação econômica do País é estratégico para definir as políticas governamentais, de maneira similar, para dar-se cumprimento aos nossos preceitos constitucionais



e legais tal importância deveria ser dada ao acompanhamento das condições de saúde e dos fatores de risco a que está exposta a população brasileira. Como se fazer cumprir o preceito constitucional de que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, **garantido mediante políticas sociais e econômicas** que visam a 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" (Constituição Federal) art. 196), se não vincularmos a saúde às políticas econômicas e às demais políticas sociais voltadas para as resoluções das distorções e iniquidades existentes na distribuição da riqueza, na superação do desemprego, na proteção ambiental, nas políticas voltadas para alimentação, educação, habitação, saneamento etc.? Da mesma forma que as causas da doença tem suas raízes na sociedade, ações de saúde que queiram efetivamente melhorar os padrões de saúde da população e reduzir a ocorrência das doenças têm que ultrapassar os limites das ações tipicamente definidas pelo setor e passam a exigir ações coordenadas, articulando as diferentes esferas e níveis de governo e da sociedade. O desenvolvimento de novos modelos de atenção a saúde tem, para o SUS, em todos os seus níveis, entre outras implicações, buscar formas de pôr em prática o direito constitucional à equidade, porém não só relativa ao acesso ao cuidado, mas também em relação às exposições aos riscos, ou seja às chances de ficar doente. Isto significa que o Estado, por princípio constitucional, não somente deve assumir a responsabilidade pela cura e recuperação de qualquer indivíduo doente, independente da sua posição no sistema social, mas também a responsabilidade igualitária com relação aos meios para prevenção das doenças e para a proteção e a promoção da saúde no seu sentido amplo.

Várias experiências vem sendo desenvolvidas na busca da integração inter-setorial de ações, as quais apenas faremos referência, pois será objeto de discussão mais detalhada em outros documentos desta série. Entre estas poderemos citar a experiência das denominadas Cidades Saudáveis. Este mode-



lo que vem sendo utilizado em diferentes continentes, consiste em um complexo integrado de ações visando melhorar as condições de vida e saúde da populações urbanas. As concepções contidas no movimento de Promoção da Saúde incluem um perspectiva integradora dos problemas de saúde. O desenvolvimento do conceito de Vigilância da Saúde propõe ações amplas de monitoramento dos problemas de saúde e dos riscos ambientais em busca de uma perspectiva articulada das ações de saúde. O Programa de Saúde da Família, ainda que com concepções mais limitadas que as anteriores, só pelo fato de estar sendo efetivamente implementado pode se constituir um elo de uma cadeia reorganizadora do sistema de saúde. Podemos verificar que, no esforço de viabilização de novas alternativas de modelos assistenciais compatíveis com os princípios estabelecidos pelo SUS e com as necessidades da sociedade brasileira, faz-se necessário, de imediato e em todos os seus níveis, ampliar a capacidade de monitoramento, análise, avaliação e pesquisas no tocante as condições de saúde e aos seus determinantes. Passo importante para que ampliemos a capacidade de visualizar e entender os problemas que nos aflige no presente, avaliarmos os fatores responsáveis pelos nossos fracassos e pelos nossos sucessos e assim projetarmos com mais solidez o nosso futuro. Porém, além de fortalecer as estruturas responsáveis por este papel, é fundamental a difusão destas concepções e princípios por todo o tecido social, de tal forma que os novos modelos de atenção à saúde não sejam definidos ou aceitos como soluções médicas ou tecnocráticas, mas sim como partes articuladas do conjunto das políticas sociais e econômicas que tenham o objetivo maior de desenvolver uma sociedade que além de democrática e economicamente sólida, seja social e ambientalmente justa e regionalmente equilibrada. Dada estas condições, reduções significativas na ocorrência de uma série de patologias infecciosas e crônicas poderiam vir a ser observadas, etapa inicial para a construção da utopia de uma sociedade saudável.



Bibliografia

- BARRETO M. L., Carmo E. H., 1994. *Situação da saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde*. Informe Epidemiológico do SUS, ano III (nos 3 / 4) : 5-34.
- BARRETO M. L., Carmo E. H., Santos CAST, Ferreira LDA. *Saúde da população brasileira: mudanças, superposição de padrões e desigualdades*. In: Fleury S (Org.). *Saúde e Democracia – A Luta do CEBES*. Lemos Editora: São Paulo, 1997, pp.45-60.
- BAYER G. F., Rotberg L. C., Tavares R., Paula S. G., 1982. *População brasileira no século XX: alguns dados*. RADIS/FIOCRUZ, Dados, 2:1-8.
- COMISSÃO COORDENADORA CENTRAL DO ESTUDO SOBRE PREVALÊNCIA DE DIABETES MELLITUS NO BRASIL, 1992. *Estudo multicêntrico sobre a prevalência de Diabetes Mellitus no Brasil*. Inf Epidemiol do SUS, I(3):45-74.
- FLEURY S., 1995. *Iniquidades nas políticas de saúde pública: o caso da América Latina*. Rev Saude Publica, 29(3)243-50.
- KOIFMAN S., 1995. *Incidência de câncer no Brasil*. In: Minayo M. C. S. (Org.). *Os muitos Brasís: saúde e população na década de 80*. São Paulo - Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO.
- KOHN, L. T., Corrigan, J. M., Donaldson, M. S. (Eds), 2000. *To err is human: building a safer health system*. Washington, national Academy Press.
- LEVINS R., Lopes C., 1999. *Towards an ecosocial view of health*. Int J Health Serv 29:261- 93.
- MS. FNS. CENEPI, 1999. *Boletim Epidemiológico*. Ano III (Ed. Especial). No preto.
- MONTEIRO C. A., Benicio M. H. D., Iunes R., Gouveia N. C., Taddei JAAC, Cardoso MAA, 1994. *O estado nutricional das crianças brasileiras: a trajetória de 1975 a 1989*. in: ABRASCO. II Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Anais, p.89-104. Belo Horizonte, Coopmed/ABRASCO.
- OMETTO A. M. H., Furtuoso M. C. O., Silva MV, 1995. *Economia brasileira na década de oitenta e seus reflexos nas condições de vida da população*. Rev Saúde Pública, 29(5):403-15.
- SILVEIRA A. C., Rezende DF, 1994. *Epidemiologia e controle da transmissão vetorial da doença de Chagas no Brasil*. Rev Soc Bras Med Trop, 27(III):11-22.
- VICTORA C. G., Vaughan J. P., Barros F. C., Silva A. C., Elaine T, 2000. *Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies* Lancet 356: 1093 – 1098.
- WORLD BANK, 1993. *World development report 1993: Investing in health*. New York, Oxford University Press.



260



Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde¹

Carmen Fontes Teixeira²

1. Introdução

O objetivo desse texto é discutir os limites dos modelos de atenção à saúde vigentes no Brasil e as possibilidades de expansão e fortalecimento de experiências alternativas em busca da concretização dos princípios e diretrizes do SUS, especialmente a qualidade, efetividade e equidade.

Após uma breve explicitação da concepção de "modelos de atenção" assumida como ponto de partida do nosso trabalho, tratamos de encaminhar a discussão em torno da identificação dos problemas e necessidades sociais de saúde que emergem das atuais condições de vida da população brasileira, em sua heterogeneidade e diversidade socioeconômica, cultural e política. A partir daí, tentamos sistematizar algumas propostas levando em conta a experiência acumulada em diversos níveis do sistema público de saúde e os desafios que se colocam para os próximos anos.

2. Modelos de atenção: respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde?

Modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais podem ser definidos genericamente como combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. Nesse sentido, um modelo de atenção não é simplesmente uma forma de organização dos serviços de saúde nem tampouco um modo de administrar

¹ Texto elaborado como contribuição aos debates da 11ª Conferência Nacional de Saúde, Dez. de 2000.

² Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.



(gerir ou gerenciar) um sistema de saúde. Os modelos de atenção à saúde são formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não-materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas (Paim, 1993, 1998, 1999b).

Parte de uma dinâmica histórica e social em constante transformação, os problemas e necessidades de saúde refletem as mudanças nas condições de vida da população, exigindo mudanças nos modelos de atenção. Estes, entretanto, apresentam uma certa "inércia", na medida em que se institucionalizam em políticas e práticas sociais que reproduzem interesses econômicos e políticos de grupos profissionais, empresas, corporações e elites políticas, por vezes distanciados dos interesses e necessidades da maioria da população.

262

Um exemplo disso tem sido a manutenção e expansão do modelo "médico assistencial privatista" no âmbito do SUS, herança do antigo Inamps, ao lado do qual permanece, em caráter subalterno, o "modelo sanitário", construído ao longo da história da saúde pública no presente século (Paim, 1994, 1999a).

O "modelo médico assistencial privatista", centrado no atendimento de doentes (demanda espontânea ou induzida pela oferta), com ênfase na assistência ambulatorial e hospitalar de alto custo, prestada principalmente através da rede contratada e conveniada com o SUS, apresenta sérios limites para uma atenção comprometida com a efetividade, equidade e necessidades de saúde, ainda que possa proporcionar uma assistência de qualidade em algumas situações. (CNS, 2000)

Já o "modelo sanitário", voltado para o enfrentamento de problemas de saúde selecionados e para o atendimento de necessidades específicas de determinados grupos, através de ações de caráter coletivo (campanhas sanitárias, programas especiais, ações de vigilância epidemiológica e sanitária) tem



evidentes limitações quando se trata de atender às demandas da população por uma atenção integral, com qualidade, efetividade e equidade (CNS, 2000).

A busca de alternativas que permitam a superação dos limites dos modelos vigentes vem sendo empreendida em vários Estados e Municípios do País há mais de uma década, com avanços e retrocessos decorrentes de alterações no contexto político-institucional, o mais das vezes desfavorável em função das restrições de caráter financeiro a que vem sendo submetido o processo de construção do SUS, bem como por mudanças nas opções políticas dos gestores do sistema em distintas conjunturas.

Apesar das dificuldades, é inegável a acumulação de experiências inovadoras, principalmente no âmbito municipal, incluindo a reorganização da oferta de serviços (oferta organizada, ações programáticas) nas unidades básicas em função de necessidades e demandas da população, o desenvolvimento de ações de vigilância da saúde (ações intersetoriais, educação e comunicação em saúde, reorientação das ações de vigilância epidemiológica e sanitária) e, nos últimos anos, a implementação dos Programas de Saúde da Família – PACS e PSF – em milhares de Municípios do País.

Nesse contexto, consideramos que a formulação de políticas e estratégias de mudança ou transformação do(s) modelo(s) de atenção vigente no âmbito do(s) sistema(s) de saúde no Brasil, deve tomar como ponto de partida a identificação e análise dos problemas e necessidades de saúde da população brasileira hoje, considerando as diversas realidades regionais, locais e sociais. Trata-se de procurar conhecer, da maneira mais aproximada possível, as necessidades e problemas de saúde dos diversos grupos populacionais, aí incluídos os problemas decorrentes da ação (ou da omissão) do Estado e da sociedade com relação a estes problemas.

A partir daí deve-se avaliar a potencialidade das propostas e práticas elaboradas e implementadas como alternativas ao modelo hegemônico darem respostas a estas necessidades e



problemas. Levando em conta os princípios e valores que fundamentam a formulação de políticas que contribuam para a construção de uma "Sociedade de Bem-Estar", trata-se de sistematizar algumas das propostas de práticas de saúde que possibilitem a superação do modelo de "desatenção"³ à saúde que vigora no País.

3. Os sujeitos das necessidades sociais de saúde: a quem interessa mudar o modelo?

A identificação e análise de problemas de saúde depende da perspectiva sob o qual eles são identificados. Em outras palavras, depende dos sujeitos que identificam. O que é problema para uns pode não ser considerado problema para outros. A visão que se tem dos problemas de saúde, portanto, varia em função da posição dos distintos sujeitos na estrutura de relações sociais, fazendo parte de sua "visão de mundo", de sua cultura, de seus projetos políticos, de suas utopias com relação ao futuro desejado para o País. Nesse sentido, a identificação dos problemas e necessidades de saúde da população, tem que assumir, ou tentar assumir uma "visão policêntrica", identificando os diversos sujeitos e sua posição na "estrutura de poder" em saúde.

Grosso modo, poderíamos imaginar a posição dos dirigentes do sistema de saúde, às voltas com as conseqüências perversas da articulação dos determinantes da crise estrutural (alto custo e baixa efetividade) aos condicionantes decorrentes das opções políticas do passado, que resultaram na consolidação do "modelo médico-assistencial privatista". A estes se agregam os fenômenos característicos da atual conjuntura (limitações no financiamento, baixa capacidade de Governo das instituições gestoras, principalmente ao nível estadual e municipal) e baixa capacidade operacional diante das demandas crescentemente diversificadas por parte da população.

Por outro lado, poderíamos considerar a perspectiva dos pesquisadores que, no âmbito acadêmico, se debruçam sobre

³ Expressão utilizada por Paim, 1999b



os problemas existentes, tentando produzir conhecimentos e tecnologias que contribuam para a melhor compreensão e a organização de intervenções sobre os problemas existentes. Em outra perspectiva se colocam os técnicos envolvidos na elaboração de planos, programas e projetos de intervenção sobre problemas específicos de saúde, definidos enquanto danos, riscos ou determinantes das condições de vida e saúde, interessados na introdução de melhorias gerenciais, organizativas e operacionais dos serviços de saúde, em diversos níveis do sistema.

Poderíamos também situar a perspectiva dos profissionais e trabalhadores de saúde que cotidianamente se enfrentam com as limitações de infraestrutura e dificuldades administrativas que contribuem para a precarização das condições de trabalho, em um contexto acelerado de transformações científico-tecnológicas. Estas exigem um esforço redobrado daqueles cuja consciência ética e compromisso social transformam o exercício profissional em uma luta permanente contra o imobilismo e o conformismo que se abate sobre a maioria dos profissionais da área, induzindo a uma alienação, um distanciamento ainda maior do que o ditado pela distância cultural que os separa da grande maioria da população que procura os serviços.

Finalmente, podemos tentar nos situar na perspectiva das pessoas, individualmente, que necessitam de um atendimento na rede de serviços de saúde. Cada uma delas tem, além da fragilidade de quem sofre, a desagradável sensação de insegurança acerca da forma como será tratada, não apenas como doente, mas fundamentalmente como ser humano, portador de necessidades e carências reais e simbólicas. Ampliando o olhar, podemos considerar o ponto de vista da população, heterogênea em suas condições de vida e saúde e, também, diversa no acesso aos serviços e na forma de relacionar-se com eles, como usuário, cliente ou cidadão que faz valer (ou não) o direito constitucional de ter garantidas as condições sociais para a promoção, conservação e recuperação da sua saúde.

Nessa perspectiva, uma primeira observação diz respeito à heterogeneidade que caracteriza a população brasileira neste final de século. Heterogeneidade que se apresenta sob a forma de desigualdades sociais, em termos de distribuição da renda e condições de vida dos distintos grupos sociais, configurando um padrão no qual se verifica o fenômeno da "exclusão social"⁴ e a existência de uma segmentação da população com respeito ao gozo dos direitos sociais definidos na Constituição, inclusive o direito à saúde.

Segundo Escorel (1997), como essa massa da população é marginalizada do mercado formal de trabalho, não exerce plenamente suas potenciais atividades políticas e sua ausência do espaço público sequer é notada. São massas "desraigadas", constituídas por indivíduos isolados uns dos outros, impotentes politicamente e consideradas "supérfluas", por referência ao modo de produção dominante.

Esta situação, heterogênea, complexa e injusta, revela-se também através da configuração e distribuição dos "padrões epidemiológicos" e de necessidades sociais de saúde, parte significativa das quais, como se pode inferir do acima exposto, não chega sequer a se expressar como demanda aos serviços de saúde.

4. Problemas, necessidades e demandas aos serviços de saúde: mosaico epidemiológico

Vários estudos epidemiológicos realizados no Brasil, principalmente nas últimas décadas, vêm apontando as características da situação epidemiológica atual e identificando os fatores relacionados com as transformações demográficas e socioeconômicas que vêm ocorrendo no País, bem como as mudanças culturais, no modo de vida dos diversos grupos da população. (Barreto, 1994)

⁴ *Do ponto de vista da exclusão social, calcula-se que existam no Brasil 38 milhões de pessoas que não conseguem sequer se alimentar adequadamente. Cerca de um quinto da população não está incluída no mercado formal de trabalho, sobrevivendo nas "franjas" do sistema produtivo. As estimativas oficiais, entretanto, reduzem esse número a 15 milhões, que se constituem em populações alvo do programa "Comunidade Solidária".*



Assim é que já se conhece a tendência ao envelhecimento da população, em função do aumento da expectativa de vida ao nascer, bem como se reconhece a existência de um processo de urbanização que hoje atinge cerca de 80% da população brasileira (Folha, 2000).

As mudanças nas condições de vida têm feito com que o quadro epidemiológico se caracterize, hoje, pela predominância de problemas de saúde relacionados com as doenças crônico-degenerativas e as chamadas "causas externas", ou seja, agravos à saúde direta e indiretamente vinculados à escalada da violência social em suas mais diversas formas, desde os acidentes (de trânsito e do trabalho) como, principalmente, os agravos decorrentes da violência nos vários ambientes, seja privado (violência doméstica), seja público (violência estrutural e da delinqüência). Ao lado disso, crescem de importância as neoplasias e persistem as doenças infecciosas e parasitárias, cuja importância nos índices de mortalidade diminuiu, porém continuam a ser importante motivo de procura por serviços de saúde.

267

O aspecto que mais chama a atenção dos pesquisadores da área, entretanto, é a concentração de problemas de distintas naturezas em determinados grupos, exatamente por estarem expostos a riscos diferenciados, tanto relacionados à pobreza, marginalidade e exclusão, quanto relacionados com a exposição a novas situações derivadas da vida urbana, como a violência e acidentes por exemplo. Com isso, constata-se que o perfil de necessidades sociais de saúde por grupo segundo condições de vida apresenta uma situação na qual determinados grupos sociais, especialmente os "pobres", "marginais" e "excluídos" acumulam problemas e necessidades não satisfeitas, ao tempo em que são, como exposto anteriormente, os grupos com menor capacidade de expressão política e social de suas demandas e interesses.

Se formos analisar o padrão de "respostas sociais" construídas para o enfrentamento dessa situação, podemos constatar que nem o Estado, nem o mercado, nem a comunidade vem desenvolvendo políticas e práticas abrangentes e ade-



quadas o suficiente para dar conta dessa complexa problemática. Pelo contrário, a década de 90 foi marcada pela adoção de uma política econômica (ajuste estrutural) que acentuou as desigualdades e não se fez acompanhar de políticas sociais nem mesmo as compensatórias, a não ser na retórica da elite dirigente.

No âmbito da saúde, especificamente, configurou-se uma situação na qual o processo de construção do SUS incorporou cerca de 30 milhões de pessoas ao consumo de serviços produzidos no âmbito da rede própria e da rede privada contratada e conveniada, enquanto uma parcela significativa da população (cerca de 45 milhões de pessoas) vinculou-se ao Sistema de Assistência Médica Supletiva (seguro-saúde, planos de auto-gestão, cooperativas médicas, medicina de grupo, etc.) (Mendes, 1998). Os sinais de insatisfação de ambas as clientela, ainda que por razões diversas, contribuem para o reconhecimento dos limites do modelo de "desatenção" à saúde vigente no País.

268

A simples referência aos contornos gerais da situação epidemiológica e da situação dos sistemas de saúde no País já evidencia a necessidade de articulação de um conjunto de respostas sociais aos problemas, capazes de incidir sobre seus determinantes e condicionantes em vários níveis. Além disso, já indicam a necessidade de um envolvimento de diversos atores, não apenas o Estado e o Governo, nas várias esferas – nacional, estadual e municipal – e não apenas as instituições responsáveis pela Saúde.

O enfrentamento de uma situação tão complexa exige ações governamentais de caráter intersetorial e a mobilização da sociedade como um todo, o que certamente será discutido no contexto dos debates da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Que isso, entretanto, não sirva para se eximir a responsabilidade dos órgãos específicos da área, dos trabalhadores de saúde e das organizações sociais representadas na Conferência. Nem tampouco justifique atitudes corporativas, de defesa exclusiva dos interesses de grupo. Ao contrário, cumpre levar em conta a necessidade de se pensar a sociedade



brasileira que se deseja para o século XXI como uma sociedade capaz de enfrentar a problemática da exclusão.

5. Construção de respostas sociais adequadas aos problemas: articular ações e estratégias de mudança na forma de organização, no conteúdo das práticas e nas relações dos profissionais e trabalhadores de saúde com a população e com as pessoas que necessitam cuidados

Considerando a diversidade de situações de saúde nas várias regiões, Estados e Municípios do País, deve-se tomar como pressuposto que não existirá um modelo de atenção à saúde, definido centralmente. Princípios e diretrizes gerais podem até ser adotados centralmente, mantendo a "unidade na diversidade" de modelos a serem construídos a partir das condições concretas de cada Município e Estado.

O processo de descentralização da gestão de recursos e serviços, desencadeado na primeira metade dos anos 90 e intensificado a partir de 1998, através da NOB 1/96, vem contribuindo para que os Governos Estaduais paulatinamente redefinam as funções e competências das secretarias de saúde e passem a apoiar os gestores municipais no desenvolvimento dos seus sistemas e políticas. Com a aprovação e implementação das propostas contidas na Emenda Constitucional nº 29⁵ é de se esperar uma mudança no padrão de financiamento de SUS em nível municipal e estadual, nos próximos anos, criando condições mais favoráveis a mudanças na organização das ações e serviços.

Estas mudanças, entretanto, não dependem exclusivamente das alterações no financiamento e gestão do sistema. Até pelo contrário, um maior aporte de recursos financeiros no âmbito municipal e estadual pode significar o fortalecimento do modelo médico-hegemônico, o que tem sido inclusive denom-

⁵ A Emenda Constitucional nº 29, aprovada em agosto de 2000, altera os art. 34, 35, 156, 160 e 198 da Constituição Federal e define que os percentuais a serem aplicados nas ações e serviços de saúde até 2004 pelos três níveis de Governo. Estima-se que só no 1º ano ocorra um incremento de R\$ 2 bilhões nos recursos da saúde, sendo R\$1 bilhão da união e 1 R\$ bilhão de Estados e Municípios. Em cinco anos estima-se que os recursos da saúde cheguem a R\$40 bilhões, ou seja R\$7 bilhões a mais que a estimativa de gastos dos três níveis de Governo em 1999.



inado "inampização" do SUS. Este processo pode ocorrer de duas maneiras, a primeira decorrente da opção política de comprar serviços ao setor privado e a segunda pela reprodução, no âmbito da rede de serviços públicos, do modelo médico-assistencial hospitalocêntrico.

No processo de municipalização vem-se tentando, de certo modo, coibir a primeira tendência por meio da institucionalização da Programação Pactuada Integrada, limitando a compra de serviços no setor privado aos que excedem a capacidade instalada do sistema público, dentro de tetos financeiros previamente definidos. A reversão da segunda tendência, a de reproduzir o modelo médico-assistencial na rede própria, implica mudanças nas finalidades do processo de atenção à saúde, no perfil dos profissionais de saúde e trabalhadores de saúde, nas formas de organização e gestão das práticas e nas relações técnicas e sociais estabelecidas entre os dirigentes, profissionais, trabalhadores e população atendida.

Do ponto de vista das finalidades ou propósitos da atenção à saúde trata-se de superar o modelo centrado na atenção à "demanda espontânea", de atendimento a doentes, para incluir ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde, para além dos muros das unidades de saúde, isto é, nos territórios onde vive e trabalha a população da área de abrangência dos serviços. Ou seja, a prioridade se desloca do eixo "recuperar a saúde de indivíduos doentes" para "prevenir riscos e agravos" e "promover a saúde das pessoas e dos grupos populacionais". Implica conhecer os problemas de saúde e seus determinantes, ou seja, implica organizar a atenção à saúde de modo a incluir não apenas as ações e serviços que incidem sobre os "efeitos" dos problemas (doença, incapacidade e morte) mas sobretudo as ações e serviços que incidem sobre as "causas" (condições de vida, trabalho e lazer), ou seja, no modo de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais (Paim, 1994; Teixeira, 1998).

Algumas iniciativas nessa direção já vêm sendo adotadas e implementadas, seja por interesse da gestão municipal, como é o caso do movimento desencadeado pelo Conasems em torno dos "Municípios saudáveis" (Carta, 1995), seja, principalmente, por certa "indução" dos Governo Federal (MS) e



Estaduais (SES) por meio de incentivos financeiros previstos na NOB 01/96 à implantação de programas e ações anteriormente não realizadas no âmbito municipal, como é o caso da descentralização das ações de vigilância epidemiológica e sanitária através do Projeto Vigisus.

Ainda nessa perspectiva, podemos incluir o PACS e o PSF, que vem tendo reconhecido seu potencial de desencadear ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, atuando com base territorial e clientela adscrita. Por outro lado, ainda que seus defensores apontem a possibilidade de o Programa ser uma estratégia de mudança do modelo assistencial, até o momento parece que o PSF não tem tido poder de induzir mudanças significativas na organização do conjunto da rede a ponto de assegurar à sua clientela acesso aos níveis de maior complexidade, nem parece caminhar para a universalização da cobertura, mesmo de ações básicas (MS, 2000).

Outras iniciativas tratam de ir além dos aspectos técnicos e organizacionais envolvidos na construção de um novo modelo de atenção, como é o caso das propostas de melhoria da qualidade e humanização do atendimento, que incidem fundamentalmente sobre as relações técnicas e sociais do trabalho em saúde (Merhry, 1994). De fato, os projetos voltados para a "qualidade" na medida em que introduzem o chamado "foco no cliente" e buscam modificar aspectos técnicos e organizacionais do processo de prestação de serviços, seja no âmbito ambulatorial ou hospitalar, acabam por problematizar aspectos críticos do modelo médico hegemônico, como a relação médico-paciente (em suas dimensões éticas e culturais) ou mesmo os limites dos conhecimentos e tecnologias utilizadas tão intensamente no âmbito deste modelo.

As propostas no sentido de organizar o chamado "acolhimento" e estabelecer o "vínculo" dos usuários com os profissionais e os serviços, também trazem à tona a problematização da chamada "(des)humanização" do atendimento, em função da tecnificação do cuidado à saúde e também permitem o enfrentamento de questões derivadas do processo de medicalização a que a população vem sendo exposta nos últimos 40 anos. Ou seja, problematiza a visão que a população usuária tem do sistema de saúde e da prática médica, tenden-



do a valorizar a especialização, a sofisticação tecnológica, o consumo de medicamentos e, até por associação, a prática privada.

Pode-se considerar, entretanto, que nenhuma das propostas e experiências em processo no País dá conta, sozinha, de todos os aspectos envolvidos na problemática do modelo assistencial. São respostas parciais, que precisam ser conhecidas e articuladas. O desafio que se coloca é, fundamentalmente, difundir, multiplicar e institucionalizar as propostas alternativas que vêm sendo desenvolvidas em vários Estados e Municípios das diversas regiões do País contando, muitas vezes, com apoio de centros acadêmicos e organizações internacionais de cooperação técnica.

Nesse particular, podem ser destacadas as seguintes propostas:

• Ações programáticas de saúde: implica a utilização da programação como instrumento de redefinição do processo de trabalho em saúde, tomando como ponto de partida a identificação das necessidades sociais de saúde da população que demanda os serviços das unidades básicas. Nesse sentido a definição de "ações programáticas" se ancora no conhecimento acerca dos problemas e necessidades dos indivíduos e dos grupos da população em situações concretas, em um processo que resgata a dimensão técnico-científica e ética do trabalho em saúde. (Schraiber, 1990, 1993, 1995, 1996). A utilização desse enfoque para a definição de "ações programáticas de saúde" no âmbito das unidades básicas do sistema, constitui uma alternativa à implementação dos chamados "programas especiais"⁶ sendo também uma fonte de inspiração para o

⁶ Os Programas especiais são definidos centralmente, com base na revisão de informações clínico-epidemiológica relativas a problemas ou a grupos específicos da população recortados segundo características de idade, gênero e/ou exposição determinados riscos no ambiente de trabalho ou no ambiente social mais amplo. As ações previstas nos programas verticais derivam do conhecimento científico-técnico disponível para intervenção sobre os problemas, constituindo normas técnicas a serem seguidas universalmente. Em nosso meio, estes programas têm sido implantados como "programas verticais", normativos, sem que o processo de operacionalização (ou não) leve em conta as características específicas das populações dos distintos territórios e as condições concretas de vida, que condicionam o modo de expressão dos problemas de saúde e doença.



desenvolvimento tecnológico de processos de programação que tentem superar o viés economicista da Programação Pactuada Integrada – PPI⁷.

• Programas de Saúde da Família: as ações realizadas pelas equipes de saúde da família incluem ações territoriais que extrapolam os muros das unidades de saúde, enfatizando atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos, com ações básicas de atenção à saúde de grupos prioritários⁸. Ainda que tenham sido elaborados originalmente como um programa focalizado, dirigido a grupos da população relativamente excluídos do acesso ao consumo de serviços, a Saúde da Família vem se apresentando, em vários municípios, como estratégia de reorganização da atenção primária da saúde, com a pretensão de influir na reestruturação do modelo de atenção em sua totalidade (MS, 2000). Considerando as necessidades de acesso a serviços básicos ainda não plenamente satisfeitas, caberia-se pensar na possibilidade de expansão da cobertura destes Programas a todos os municípios brasileiros, evidentemente com as adequações necessárias à realidade socio-sanitária de cada região e Estado.

• Acolhimento: a organização de práticas de "acolhimento" à clientela dos serviços públicos de saúde, e o estabelecimento de vínculos entre profissionais e clientela, implica mudanças na "porta de entrada" da população aos serviços com introdução de mudanças na recepção do usuário, no agendamento das consultas e na programação da prestação de serviços, de modo a incluir atividades derivadas na "releitura" das necessidades sociais de saúde da população (Merhy, 1994). Além de contribuir para a humanização e melhoria da qualidade da atenção, é uma estratégia de reorientação da

⁷ A PPI é basicamente um instrumento de racionalização da oferta de serviços pelas unidades de saúde, não problematizando o conteúdo das práticas que são realizadas nem a sua adequação às necessidades e problemas de saúde da população dos municípios.

⁸ Atenção à criança e a mulher (planejamento familiar, assistência pré-natal e ao puerpério, prevenção de Câncer de colo uterino e de mama), atenção ao adulto, idoso e adolescente, controle de hipertensão e diabetes, Doenças sexualmente transmissíveis, controle de hanseníase e tuberculose. (MS, 2000)



atenção à demanda espontânea, que pode ter efeitos significativos na racionalização dos recursos, no perfil ocupacional dos profissionais e nas relações destes com os usuários e até no estabelecimento de processos de mudança nas concepções da população acerca das suas necessidades de saúde e lugar ocupado pelo consumo de serviços de saúde na melhoria do seu bem-estar (Cecilio, 1994; Merhy, 1997).

• **Vigilância da Saúde:** as propostas englobadas sob a denominação de "Vigilância da Saúde" incluem o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, a implantação de ações de vigilância nutricional dirigidas a grupos de risco, a vigilância na área de saúde do trabalhador, levando em conta os ambientes de trabalho e os riscos ocupacionais, a vigilância ambiental em áreas específicas de risco epidemiológico, sem perder de vista a necessidade de reorientação das ações de prevenção de riscos e de recuperação da saúde, isto é, a própria assistência médico-ambulatorial, laboratorial e hospitalar. (Mendes, 1993, 1994; Teixeira, 1994; Vilasboas, 1995, 1998). Por sua abrangência, a proposta de Vigilância da Saúde pode ser incorporada como referência na reorientação do modelo de atenção, especialmente tendo em vista a possibilidade de expansão e consolidação de iniciativas como o Vigisus e sua articulação com outros projetos em curso. (Teixeira et. al. 1998; Paim, 1999)

• **Cidades saudáveis:** a noção de "cidades saudáveis"⁹ implica uma visão ampliada da gestão governamental, que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações "comunitárias" no planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das grandes cidades onde se concentra a população exposta a uma concentração de riscos vinculados à precariedade das condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais (Westphal, 1997; Malik, 1997. Keinert, 1997; Ferraz, 1999;

⁹ O movimento em torno das "cidades saudáveis", originário do Canadá na década de 80 e assumido pela Organização Mundial de Saúde vem sendo incorporado por várias administrações municipais nos últimos anos, gerando experiências inovadoras de articulação intersetorial para o enfrentamento de problemas cujas determinantes extrapolam o âmbito de ação do sistema de serviços de saúde (Campinas, Curitiba, Fortaleza, e outras) (Akerman, 1997; Junqueira, 1997, 1998; Ribeiro, 1997).



Radis, 2000). Sua incorporação ao referencial adotado pelas administrações municipais pode contribuir para a concretização de processos de descentralização, intersetorialidade e, principalmente, para o ampliação do leque de ações sociais voltados ao atendimento de necessidades de saúde da população.

• Promoção da saúde: fundamentada na concepção de "campo da saúde"¹⁰ as medidas de promoção se aplicam, essencialmente, à melhoria das condições e estilos de vida de grupos populacionais específicos, apoiando-se amplamente em atividades de Educação e Comunicação em saúde e na formulação de "políticas públicas saudáveis" nas várias esferas de Governo – nacional, estadual e municipal. (Ferraz, 1993, 1998). Exemplos recentes de medidas desta natureza, adotadas no âmbito da política governamental são a restrição à propaganda de produtos do tabaco através dos meios de comunicação de massa (controle do tabagismo), a ações de *marketing* sanitário através da mídia. (saúde na mídia), voltadas, por exemplo, para a promoção de sexo seguro (controle das DST e AIDS) ou o controle na utilização de medicamentos (uso dos medicamentos genéricos). A amplitude das "políticas públicas saudáveis", entretanto, vai além da promoção de "estilos de vida" que preservam a saúde ou ao controle de produtos e serviços danosos a ela. A adoção dessa perspectiva no processo de redefinição da Política Nacional de Saúde implica o estabelecimento de uma certa "liderança" e um protagonismo das instituições de saúde (MS, SES e SMS) na reorientação das políticas econômicas e sociais em seu conjunto, em busca daquilo que Boaventura Santos (Folha, 2000b) chama de "globalização alternativa"¹¹

¹⁰ Modelo explicativo das condições de saúde, com base epidemiológica, que organiza os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença em 4 grupos: ambiente (físico, social e psicológico), genética (herança, sistemas imunológicos) estilos de vida (trabalho, consumo e lazer) e acesso a serviços de saúde (preventivos e curativos). Ver Dever, 1984.

¹¹ Analisando os protestos contra a (des)ordem liberal global por ocasião da reunião anual do Banco Mundial e do FMI em Praga, Boaventura comenta que "a maioria dos manifestantes não protestou contra a globalização. Protestou contra a globalização predadora (...) em nome de uma globalização alternativa, mais justa e equitativa que permita uma vida digna e decente à população mundial, e não apenas a um terço dela, como acontece hoje".



6. Proposições para a construção do(s) novo(s) modelo(s) de atenção à saúde

O processo de construção de novos modelos de atenção à saúde, voltadas ao enfrentamento dos problemas e ao atendimento das necessidades prioritárias da população exige o desencadeamento e fortalecimento de ações políticas, político-institucionais e técnico-administrativas nos vários níveis de gestão do SUS.

Pelo exposto anteriormente, consideramos que as iniciativas governamentais no âmbito federal e estadual devem ter como eixo o fortalecimento do nível municipal (microregional¹² e local), espaço onde se pode apreender mais concretamente a situação de saúde da população e pôr em marcha processos de mudança das condições de vida.

Como já vem sendo abordado por alguns autores (Mendes, 1996) isto não significa que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais se "desresponsabilizem" da política de saúde, pelo contrário, este processo demanda novas funções, competências e responsabilidade intransferíveis por parte dessas instâncias.

A primeira dessas responsabilidades, sem dúvida é a de coordenar a formulação da política nacional de saúde, consentânea com os princípios e diretrizes estabelecidos em lei, tratando de orientar sua operacionalização. Nesse sentido, é importante enfatizar a construção de unidade na diversidade de situações de saúde e de respostas sociais que serão encaminhadas em cada Estado e Município. Do mesmo modo, cabe destacar a responsabilidade político-institucional do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais em promover a equidade na distribuição de recursos, de modo que a diversi-

¹²Cabe observar a importância de se investir na organização de sistemas microregionais de saúde, principalmente em Estados nos quais os Municípios de pequeno e médio porte não disponham de capacidade instalada suficientes para garantir o atendimento às demandas da população. Derivada a proposta de organização dos Sistemas Locais de Saúde/Distritos Sanitários, a organização das microregiões assistenciais contribui para a criação de condições organizacionais e gerenciais que favorecem as mudanças no modelo de atenção (Mendes, 1993, 1998b)



dade de situações existentes não resulte no agravamento das desigualdades nas condições de vida e no acesso a ações de promoção da saúde e do bem-estar da população.

Especificamente, tendo em conta as características da situação epidemiológica no Brasil, caberia ao Ministério da Saúde e às Secretarias Estaduais investirem no fortalecimento da "inteligência epidemiológica" por parte das secretarias municipais, de modo a possibilitar a realização de análises permanentes da situação de saúde e a institucionalização de processos de planejamento, programação e avaliação de ações e serviços baseadas em um enfoque epidemiológico e social¹³.

No momento atual, em que vai ocorrer a substituição das administrações Municipais em todo o país, o desafio maior é envolver os novos (e em parte antigos) secretários de saúde e prefeitos municipais em um movimento nacional de construção de "municípios saudáveis". Do ponto de vista político, o desafio vai além da capacidade de mobilização do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais, devendo envolver as lideranças dos diversos partidos e organizações da sociedade civil empenhadas na busca de alternativas ao modelo vigente.

Ainda que cada Município venha a definir seus problemas prioritários, caberia à 11ª Conferência Nacional de Saúde apontar os grandes problemas cuja magnitude e transcendência exigem uma resposta social organizada em todos os níveis, como é o caso da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, assumido recentemente pela Secretaria Nacional de Políticas de Saúde como um problema prioritário, porém ainda não enfrentado com a abrangência que merece. Isto é, não apenas no âmbito do sistema de serviços de saúde, e sim, como um problema que diz respeito à sociedade como um

¹³ Isto pode se dar a partir da organização de uma rede nacional de apoio ao processo de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, que envolva as instituições gestoras, centros acadêmicos e órgãos representativos dos profissionais e trabalhadores de saúde e da população organizada, comprometidos com "projetos dinamizadores", voltados à construção da viabilidade desse processo.



todo, exigindo ações de caráter intersetorial, com participação da sociedade organizada (Política, 2000).

Do mesmo modo, caberia ao Ministério e às SES a adoção de políticas e programas de ação voltados ao fortalecimento das ações de Saúde da Família, visando a universalização da atenção básica e a descentralização efetiva das ações de vigilância epidemiológica e sanitária. O papel do MS e das SES, portanto, é fundamentalmente o de "indutor" das mudanças e de cooperação técnica para a formação e capacitação de pessoal, ou seja, para a elevação da capacidade de análise e intervenção dos sistemas municipais e microregionais de saúde sobre os problemas da população de seus territórios. Nesse sentido, um projeto estratégico, como o Vigisus, deve ser reforçado e sua operacionalização apoiada em todos os estados.

Além do estímulo à difusão e incorporação de propostas inovadoras no modelo de atenção à saúde no âmbito da rede própria do SUS, caberia ao Ministério da Saúde e às SES uma atuação firme na institucionalização dos mecanismos de regulação e controle da rede privada contratada e conveniada, buscando, inclusive, o estabelecimento de parcerias com instituições selecionadas que assumam o compromisso com a busca da qualidade e humanização do atendimento aos usuários, coibindo toda e qualquer forma de discriminação ao cliente encaminhado através do SUS.

Finalmente, há que considerar a necessidade de atender também, as pressões por parte da parcela da população insatisfeita com o desempenho dos planos e serviços de assistência médica supletiva, tanto do ponto de vista da regulação das relações contratuais entre empresas e consumidores, quanto, principalmente, do controle de qualidade dos serviços prestados e da apuração de denúncias e irregularidades, em defesa dos direitos e preservação dos valores inerentes à vida e ao cuidado à saúde das pessoas.



7. Comentário final

Os debates durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde certamente gerarão a apresentação de propostas amplas de atualização da agenda política em saúde e novas estratégias para a consolidação do Sistema Único de Saúde levando em conta o financiamento, o controle social e vários aspectos relativos à construção de modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade e equidade.

Nossa contribuição buscou enfatizar a necessidade de se tomar como ponto de partida para a elaboração e implementação de propostas de mudança nas práticas de saúde a identificação e análise dos problemas de saúde da população, em suas relações com as condições de vida dos distintos grupos. Tentamos evidenciar a necessidade de se articular concepções, propostas e estratégias que já vem sendo desenvolvidas, destacando a importância da superação do modelo médico assistencial privatista e a construção de um modelo integral que privilegie a promoção da saúde e a prevenção de riscos e agravos, ao tempo em que resgate dimensões éticas e culturais essenciais ao cuidado à saúde das pessoas e dos grupos da população brasileira.

A opção por determinado modelo de atenção, entretanto, não está isenta de finalidades e valores, explícitos ou implícitos. Um mesmo rótulo ou proposta pode expressar-se, concretamente, em práticas distintas. De um modo ou de outro, tal proposta será aquilo que, em cada situação concreta, os sujeitos sociais, submetidos a determinadas relações econômicas, políticas e ideológicas, conseguirem imprimir da marca dos seus projetos (Teixeira *et al.*, 1998). O essencial é desencadear processos e construir caminhos que levem em conta as necessidades da população tendo como referência a redução das desigualdades e a promoção do bem-estar coletivos.



Referências bibliográficas

- AKERMAN, M. et al. *A concepção de um projeto de observatório de qualidade de vida: relato de uma experiência realizada em Campinas* - SP. *Saúde e sociedade* 6(2): 83-99, 1997
- BARRETO, M. *Situação de saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde. Informe Epidemiológico do SUS*, . ano III, n.º __, julho/dez de 1994, p 7-34.
- BRASIL, MS Norma Operacional Básica 001/96
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE . *11º CNS: Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização da atenção à Saúde. com controle social. Termos de Referência para desenvolvimento dos sub-temas*. Outubro 2000. 34 p.
- CARTA de Fortaleza. *Saúde em Debate* 42: 77-78, 1995
- CECÍLIO, L (org.) *Inventando a mudança na saúde São Paulo*, HUCITEC, 1994, 334 p.
- COSTA, E. *A Vigilância Sanitária: defesa e proteção da saúde. Tese de doutoramento*. FSP/US, São Paulo, 1998, 327 p.
- DEVER, G. E. A. *A epidemiologia na administração dos serviços de saúde*. Pioneira, São Paulo, SP, 1988, 394 p.
- ESCOREL, Sarah. (1993) *Exclusão social: fenômeno totalitário na democracia brasileira. Saúde e sociedade*, são Paulo, 2 (1) 41-57.
- FERRAZ, S. T. *A pertinência da adoção da filosofia de Cidades Saudáveis no Brasil*, *Saúde em debate*, 41, dez 1993. Londrina, Paraná, p. 45-49
- FERRAZ, S. T. *Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas* RAP, Rio de Janeiro 32 (2): 49-60, mar/abr. 1998
- FERRAZ, S. T. *Cidades saudáveis: uma urbanidade para 2000. Paralelo 15*, Brasília, 1999, 103 p.
- FOLHA de São Paulo. *"Pai está mais feminino, urbano e adulto". (dados preliminares do Censo 2000. IBGE)*. Caderno cotidiano, São Paulo, 2 de novembro de 2000.
- FOLHA de São Paulo. Praga, Brasil. *1: Tendências/Debates*, São Paulo, 2 de novembro de 2000, p. 3.
- JUNQUEIRA, L. P. *Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade* *Saúde e sociedade* 6(2): 31-46, 1997
- JUNQUEIRA, L. P. *Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal*. RAP, Rio de Janeiro 32 (2): 11-22, mar/abr. 1998
- KEINERT, T. M. M. *Planejamento governamental e políticas públicas: a estratégia "Cidades saudáveis"* *Saúde e sociedade* 6(2): 55-64, 1997
- MALIK, A M. *Cidades saudáveis: estratégia em aberto*. *Saúde e sociedade* 6(2): 19-30, 1997
- MENDES, E.V. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo - Rio de Janeiro. HUCITEC - ABRASCO, 1993.
- MENDES, E. V. *A construção social da vigilância à saúde no Distrito Sanitário*, Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, nº 10, OPS, Brasília, 1993, p. 7-19
- MENDES, E. V. (org.) *Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário*. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, no. 13, OPS, Brasília, 1994, 109 p.
- MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo. HUCITEC, 1996
- MENDES, E. V. *O sistema de serviços de saúde no Brasil. Escola de Saúde de Minas Gerais. Núcleo de Sistemas e serviços de saúde*. Texto de apoio n.º 8, setembro de 1998.
- MENDES, E. V. (org.) *A organização da saúde no nível local*. São Paulo. HUCITEC, 1998b. 359 p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE *Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família - PSF*. Brasília, 2000. 65 p.
- MERHY, E.E. *Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assis-*



- rencial em defesa da vida.* In: CECÍLIO, L. (org.) *Inventando a mudança na saúde* São Paulo. HUCITEC. 1994. p 117 - 160
- MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (org.) *Agir em Saúde: um desafio para o público.* São Paulo - Buenos Aires: HUCITEC/LUGAR EDITORIAL. 1997. 385p.
- OPS/OMS. *Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud: La Administración Estratégica.* Washington, D. C., 1992. 160 p.
- PAIM, J. S. *A reorganização das práticas de Saúde em Distritos Sanitários* In: MENDES (org) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.* HUCITEC/ABRASCO. São Paulo-Rio de Janeiro, 1993 p. 187 - 220
- PAIM, J. S. *A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais* In: ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & Saúde.* MEDSI, Rio de Janeiro, 1994b. p. 455-466
- PAIM, J. S. *Construção de um modelo de atenção à saúde: implantação e implementação do SUS nos três níveis de governo.* Palestra proferida no Encontro Regional do CONASEMS. Porto Seguro, Bahia, 11/6/98
- PAIM, J. S. *Políticas de descentralização e Atenção Primária à Saúde* In: ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & Saúde.* 5ª edição. MEDSI, Rio de Janeiro, 1999. p. 489-503
- POLÍTICA Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. *Revista Saúde Pública, Informes Técnicos institucionais.* 200:34 (4): 427-30
- RADIS (TEMAS) *Cidades Saudáveis.* Radis n.º 19. FIOCRUZ. maio de 2000.
- RIBEIRO, R C *A construção de um municípios saudável: descentralização e intersectorialidade: a experiência de Fortaleza.* *Saúde e sociedade* 6(2): 47-54, 1997
- SCHRAIBER, L. (org) *Programação em Saúde hoje.* HUCITEC/ABRASCO. São Paulo-Rio de Janeiro. 1990. 226 p.
- SCHRAIBER, L.B. *Epidemiologia em Serviços: uma tecnologia de que tipo?* In: MS.FNS. CENEPI. *Informe Epidemiológico do SUS.* ano 2, no. 3, mai/jun de 1993, p. 5-32
- SCHRAIBER, L. B. *Políticas públicas e Planejamento nas práticas de Saúde.* *Saúde em Debate.* no. 47. CEBES. junho de 1995. p. 28-35
- SCHRAIBER, L. B., NEMES, M. J. B. e GONÇALVES, R. B. *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica.* HUCITEC. São Paulo. 1996. 286 p.
- TEIXEIRA, C. F. *A construção social do Planejamento e programação local da vigilância a saúde no Distrito Sanitário.* In: MENDES, E. V. (org.) *Planejamento e programação local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário.* OPS. Série Desenvolvimento de serviços de saúde, nº 13, Brasília, 1994, p. 43-59
- TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S. e VILASBOAS, A L. *SUS. Modelos assistenciais e vigilância da Saúde.* *Informe Epidemiológico do SUS.* vol. VII (2) CENEPI/MS. Brasília DF, 1998.
- VILASBOAS, Ana Luiza et. al *Vigilância à Saúde. Relatório da Oficina de Trabalho. III Congresso Brasileiro de Epidemiologia Salvador.* Bahia, 1995. 11 p.
- VILASBOAS, Ana Luiza *Vigilância à saúde e distritalização: a experiência de Pau da Lima (dissertação de Mestrado).* ISC-UFBA. Salvador, out. de 1998, 114 p. e anexos
- WESTPHAL, M. F. *Municípios saudáveis: aspectos conceituais.* *Saúde e sociedade* 6(2): 9-18, 1997





Regionalização da rede de ações e serviços como condição para garantir a equidade no acesso

*Ana Paula Gil de Lima*¹

*Rosa Maria S. de Pastrana*²

No decorrer da década de 90, assistimos a inúmeras discussões sobre formas de implementar uma política pública de saúde que garantisse o acesso universal à atenção integral aos problemas de saúde, enfrentando a falta de recursos financeiros, o surgimento de novas tecnologias e equipamentos, a falta de recursos humanos preparados para atuar na nova realidade de gestão descentralizada do sistema público de saúde e o crescimento das empresas privadas de saúde.

A implementação da universalidade do acesso às ações e serviços de saúde, desde a prevenção até os níveis mais complexos de atenção, vem demandando novas formas de organização da gestão em saúde no Brasil. Poucos Municípios do País têm a capacidade de oferecer todos os níveis de complexidade que um sistema de atendimento integral e hierarquizado requer.

Ao se buscar práticas de gestão inovadoras que concretizem os princípios do SUS e melhorem o atendimento à população de um determinado território, o maior desafio é a integralidade. Entende-se que a reorganização do sistema de saúde, segundo os princípios e diretrizes preconizados na Constituição, deve buscar a melhoria da saúde de toda a população brasileira, assegurando todos os níveis de atenção. Nesta perspectiva, as articulações microrregionais são uma forma de disponibilizar os níveis mais complexos de atendimento necessários ao bem estar, para além da assistência básica, otimizando recursos, gerando ganhos de escala e esta-

¹ *Mestre em Saúde Pública. ENSP/Fiocruz. Pesquisadora DCS/ ENSP/Fiocruz.*

² *Mestre em Saúde Pública ENSP/Fiocruz. Assessora de planejamento e gestão em saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.*



belecendo relações de cooperação entre sistemas locais com pouca resolutividade.

A reorganização dos modelos assistenciais baseada nas estratégias dos Programas dos Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família vem contribuindo para o reordenamento das práticas de atenção à saúde, premissa básica para o processo de descentralização. Contudo, para garantir o princípio da integralidade do atendimento, sem barreiras territoriais e sem pré-condições de acesso, é fundamental que estes programas não se esgotem em si mesmos e articulem-se com os outros níveis de atenção.

Sabe-se, por um lado, que os níveis de atenção de média e alta complexidade tornam-se cada vez mais onerosos em função da constante incorporação tecnológica, e por outro lado, que as áreas de vigilância sanitária e epidemiológica exigem técnicos especializados e qualificados para o desenvolvimento de suas atividades principalmente nos Municípios de pequeno porte, onde existem carências destas ações. Assim, a articulação microrregional e/ou regional vem otimizar recursos, contribuindo para que estes serviços sejam oferecidos.

As experiências de consorciamento

Com o advento da Norma Operacional Básica NOB 01/93, os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) passaram a ser considerados, no contexto da regionalização e hierarquização da rede de serviços, estratégias eficientes para articulação e mobilização dos Municípios, de acordo com suas características geográficas, perfil da demanda, perfil epidemiológico, perfil da oferta de serviços, desde que resultem da vontade política expressa pelos diversos Municípios de associarem-se ou de estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo, com ou sem a participação do Estado.

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde distribuem-se em 13 Estados brasileiros, contabilizando 141 experiências, que envolvem 1.618 Municípios e abrangem uma população de

25.362.735 habitantes (Tabela 1). Esta é uma prática comum de associação para Municípios pequenos, uma vez que aproximadamente 60% dos municípios consorciados possuem populações de menos de 10.000 habitantes e somente 5,5% populações maiores do que 50.000 habitantes. Não há nenhuma capital dos Estados estudados que participe de consórcios.

Tabela 1
Distribuição dos Municípios Consorciados segundo Estados e População Coberta – Brasil, 2000

Estados	População total	Número de municípios	Número de consórcios	Número municípios/ consorciados	População coberta
BA	12.541.675	415	02	15	254.955
ES	2.802.707	77	10	69	1.385.360
GO	4.514.967	242	01	12	152.942
MT	2.235.832	126	08	57	742.239
MG	16.673.097	853	70	748	11.477.979
PA	5.510.849	143	01	08	245.088
PB	3.305.616	223	07	60	580.600
PR	9.003.804	399	18	289	4.657.779
RJ	13.406.308	91	04	46	1.657.131
RN	2.558.660	166	01	12	109.139
RS	9.637.682	467	03	89	1.123.303
SC	4.875.244	293	09	139	1.765.189
SP	34.120.886	645	07	74	1.225.125
TOTAL	121.187.327	4140	141	1618	25.376.829

Fonte: Diagnóstico da Situação Atual de CIS no Brasil. MS/OPAS – 2000.

Em pesquisa realizada recentemente pelas autoras para o Ministério da Saúde, com o apoio da OPAS, constatou-se que a formação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde não obedece a uma única lógica, mas aos interesses e disponibilidades de cada região, conformando diversos modos de atuação. Caracteriza-se por processo dinâmico que permite o seu constante aprimoramento, a inclusão ou exclusão de Municípios, e a associação de cidades do mesmo Estado ou de Estados fronteiriços. Os consórcios assumem objetivos e inserções diferenciadas, articulando-se intra ou intersetorialmente para prover melhorias de infra-estrutura urbana com impacto na qualidade de vida, materializando o conceito ampliado de saúde.

Do ponto de vista do perfil das unidades de serviços consorciadas, a atenção secundária e terciária constituem o maior campo de atuação dos Consórcios Intermunicipais de



Saúde. Embora a grande maioria funcione com atividades de especialidades e de apoio diagnóstico, conforme esperado, os consórcios também realizam atividades de atenção básica aos Municípios, o que se constitui como uma inovação dentro do SUS. Alguns entrevistados apontam a importância desta forma de associação para a organização e implementação de ações básicas do sistema de saúde nos Municípios pequenos, que anteriormente tinham dificuldades na sua implementação.

Muitos Municípios conseguiram estabelecer suas redes básicas de saúde após a implantação dos consórcios, quando o acesso aos serviços especializados foi vinculado ao encaminhamento da demanda pelas unidades básicas, configurando, mesmo que informalmente, um sistema de referência e contra-referência.

Vale ressaltar também que os consórcios representam importantes mecanismos de assessoria técnica aos Municípios menos organizados, no processo de implementação do SUS. Houve importante participação dos consórcios também na divulgação de informações e na maior disponibilização de técnicos e recursos financeiros, além da conscientização dos prefeitos para a necessidade de formação das redes básicas.

Dentre os objetivos identificados encontra-se, de maneira menos freqüente, mas não menos significativa, a organização de programas específicos como DST/AIDS, Saúde Mental, Controle de Zoonoses e endemias; a organização dos serviços de Vigilância Epidemiológica através de rede informatizada; a otimização dos sistemas de Vigilância Sanitária entre os Municípios participantes; a organização de conferências municipais e intermunicipais de saúde, bem como a PPI – Programação Pactuada Integrada, a implantação de sistemas de informação; a implantação e otimização de serviços de hemoterapia regionais.

Também foram considerados como objetivos ou finalidades dos CIS: a capacitação e contratação de recursos humanos para os Programas de Agentes Comunitários de



Saúde e Saúde da Família; a organização de farmácias de manipulação de medicamentos ou a intermediação para a compra de medicamentos; e a contratação de serviços médicos e de apoio diagnóstico de alta complexidade do setor privado, a preços mais acessíveis aos municípios.

Algumas experiências de consórcios representam relevantes iniciativas para a ampliação da equidade no acesso, na medida em que viabilizaram a instalação de centrais reguladoras, centrais de vagas (leitos), de marcação de consultas e de exames, como por exemplo, alguns consórcios da região Centro-Oeste.

Pode-se afirmar, portanto, que a prática de consorciamento intermunicipal trouxe para os Municípios, principalmente: facilidade de acesso da população às consultas e exames especializados, menor custo, agilidade e implementação das ações, promoção da integralidade das ações, maior resolubilidade, reordenamento do sistema de referência e contra referência, racionalidade de recursos, ampliação da oferta, menor ociosidade de equipamentos, acesso à tecnologia, estruturação da rede básica, redução da demanda para os grandes centros evitando deslocamento de usuários, atendimento hospitalar e principalmente maior articulação política entre os prefeitos e gestores municipais de saúde.

Entretanto, alguns aspectos problemáticos foram identificados e devem ser equacionados, entre os quais destacam-se:

- falta de acompanhamento e avaliação dos Conselhos Municipais e Estaduais sobre o processo de consorciamento: observou-se que a participação dos conselhos ainda é incipiente nas atividades de monitoramento e fiscalização dos consórcios, restringindo-se à aprovação de sua criação e da participação dos Municípios nos CIS. Mesmo que estas instâncias tenham assento nas decisões dos consórcios através dos secretários municipais de saúde, muitas vezes não ocorre o repasse sistemático de informações sobre o desenvolvimento das ações.



- ausência de regulação (normatização e acompanhamento) por parte da instância nacional ou estadual de gestão do sistema de saúde sobre a prática de consorciamento no País: muitos consórcios não estão amparados por uma política de governo dos Estados, e ficam sem ter a quem prestar contas, provocando uma situação delicada em relação à utilização de recursos públicos;
- pouca articulação com a gestão estadual, prejudicando a operacionalização de muitas ações, ao excluí-las da política estadual de saúde, cujo exemplo mais significativo é observado em consórcios do estado de Minas Gerais;
- pouca utilização dos sistemas oficiais de informação para subsidiar o planejamento e a gestão das ações, assim como a falta de alimentação destes sistemas, ocasionando uma distorção no perfil epidemiológico da população;
- e, uma situação raramente encontrada, mas de suma importância a ser equacionada, é o fato de que alguns consórcios intermunicipais de saúde intermediam a compra de serviços do sistema privado e têm efetuado a cobrança destes aos pacientes, sob alegação de estarem facilitando o acesso através de barganha de preços menores ao praticado no mercado;

Como existe um número expressivo de Consórcios Intermunicipais de Saúde no País é importante o suporte dos Estados e do Ministério da Saúde para que esta forma de organização da gestão do sistema de serviços no nível local se consolide, uma vez que constituem instrumento importante para a regionalização da assistência à saúde dentro da perspectiva da garantia de universalidade, acesso, equidade e integralidade.



As propostas recentes para a reorganização da rede de ações e serviços do SUS

A organização dos sistemas locais, particularmente de sistemas microrregionais de serviços de saúde, são experiências mais recentes no Brasil, diferentemente dos consórcios intermunicipais de saúde que estão sendo implantados desde a década de 80 em muitos Municípios brasileiros.

Mendes (2000) adverte para o falso dilema colocado entre estas duas propostas de organização dos sistemas de saúde no nível local como se fossem alternativas excludentes, ao esclarecer que os sistemas microrregionais de serviços de saúde são uma forma de exercitar a gestão de serviços de saúde; função exclusiva de Estado de competência indelegável de um ente público, enquanto os consórcios intermunicipais de saúde são uma das formas – não a única – de organizar, cooperativamente, a atenção à saúde/provisão de serviços à população.



O processo de regionalização, no entanto, deve ocorrer de forma espontânea, cooperativa e pactuada no âmbito municipal, reafirmando a autonomia dos Municípios como entes federados e gestores do SUS e, portanto, responsáveis pela saúde da população de seu Município. O plano de regionalização deve ser construído a partir de um processo coletivo de pactuação iniciado pelos gestores municipais e de acordo com suas reais necessidades de inserção no processo regional, com o acompanhamento da direção estadual do SUS.

Por meio do planejamento setorial com base em um diagnóstico regional e/ou microrregional construído de forma coletiva e estratégica é possível identificar problemas e apontar soluções pautadas na realidade de cada Município ou região, além de permitir o acompanhamento e avaliação das ações previstas no plano.

Dentre as estratégias de implementação do SUS, com potencial impacto positivo sobre a regionalização da rede de



ações e serviços e a integralidade da atenção, destaca-se a implantação do Cartão SUS. O Cartão SUS, instituído pela NOB/96 como forma de identificar a clientela do sistema e estabelecer sua vinculação a um gestor específico e aos serviços efetivamente prestados, pode contribuir para os seguintes aspectos:

- melhor organização do sistema de referência e contra-referência, garantindo a integração dos serviços dos diversos níveis de atenção hierarquizados do SUS;
- acompanhamento das ações efetivamente realizadas, possibilitando a transparência da utilização dos recursos públicos aos serviços realmente prestados;
- alimentação regular dos sistemas de informações nacionais, garantindo maior fidedignidade aos dados e suporte organizacional às ações a serem planejadas;
- racionalização e otimização dos recursos humanos, físicos e financeiros com melhoria da capacidade de regulação e gestão nas três esferas de governo.

O processo de implantação do cartão SUS pode ser o elo de ligação entre o Programa de Saúde da Família, o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e o acesso aos serviços mais complexos e especializados necessários a formação e organização do sistema hierarquizado e integral de acordo com as premissas do SUS.

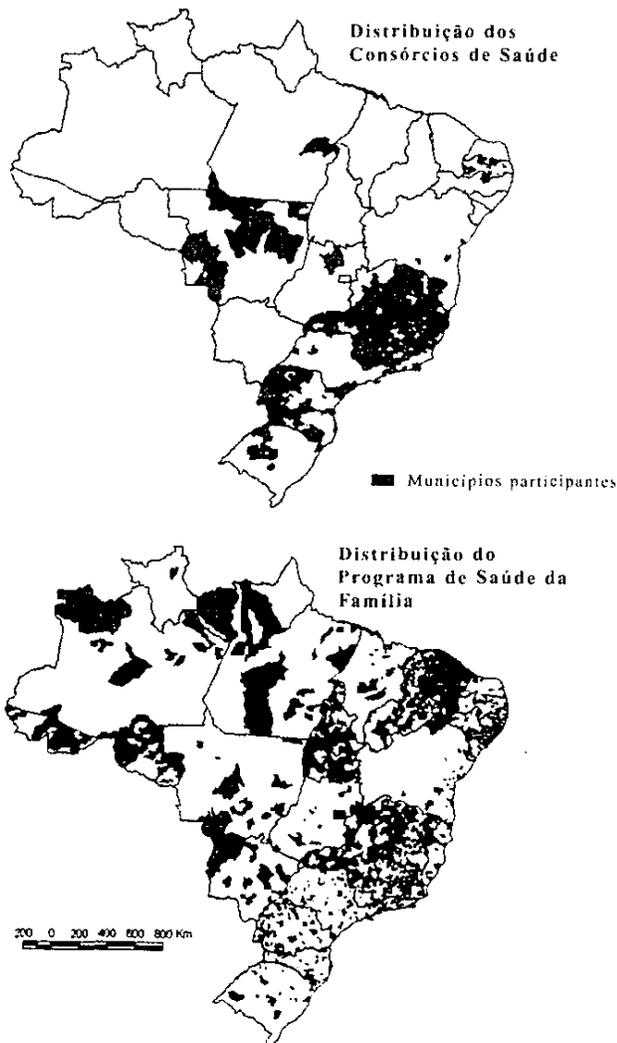
Estes dois programas efetivados como políticas de saúde do Governo Federal têm representado estratégias importantes de reordenamento das práticas sanitárias. O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde – PACS tem como base agentes comunitários de saúde que são selecionados nas próprias comunidades para atuarem na prevenção e promoção da saúde, levantando dados sobre as condições de vida daquelas populações e levando orientações básicas sobre a saúde. O Programa de Saúde da Família, por sua vez, contribui para a reorganização do modelo assistencial, tendo como base uma equipe de



saúde que presta assistência através de abrangências delimitadas por núcleos familiares em determinada área. Esta clientela passa a ser a porta de entrada do sistema (M.S. 1999b).

A distribuição espacial das iniciativas que representam inovações em políticas de saúde no Brasil, ou seja, Programa de Saúde da Família e Consórcios Intermunicipais de Saúde, é apresentada nos mapas em anexo. Como pode-se observar, o PSF está distribuído de em todo o País, com uma concentração significativa nos Estados das regiões Norte e Nordeste, onde se destaca o Estado do Ceará, coberto em quase toda sua totalidade e na região Sudeste pela presença maciça no Estado de Minas Gerais.

Brasil - Inovações em Políticas de Saúde





A tendência deste programa até meados de 1999 foi expandir-se por Municípios de pequeno porte (menores do que 10.000 habitantes), mas atualmente esta estratégia está difundindo-se também por capitais e regiões metropolitanas.

Tanto o PSF como as experiências de consorciamento estão hoje concentradas em municípios com populações até 20.000 habitantes. Embora estejam diferentemente distribuídos no território nacional, apresentam uma cobertura populacional similar, uma vez que os consórcios abrangem aproximadamente 25.000.000 de habitantes e o PSF alcança cerca de 33.000.000 de habitantes. Ressalta-se contudo que o PSF caracteriza-se por ser uma política apoiada pelo Governo Federal diferentemente dos consórcios de saúde que têm sua organização de base municipal, sem direcionalidade nacional.

Com relação aos consórcios intermunicipais de saúde pode-se observar que a maior concentração ocorre na região Sudeste com destaque para os Estados de Minas Gerais e do Espírito Santo. Na região Norte a prática de consorciamento é ainda incipiente ocorrendo apenas no Estado do Pará que dispõe de somente um consórcio. Salienta-se que todos os Estados da região Sul adotaram este tipo de organização microrregional para resolver os problemas da atenção. É possível que a concentração de consórcios de saúde na região Sul e Sudeste do País aconteça em função da maior difusão de informações, disponibilidade de recursos humanos e onde as práticas associativas e de cooperação são historicamente mais utilizadas.

Proposições e estratégias para uma regionalização orientada para a equidade

Um aspecto importante a reconsiderar diz respeito ao processo de habilitação dos Municípios às condições de gestão da NOB/SUS 01/96. Em primeiro lugar, os critérios devem ser revisados para adequação à nova realidade. Além disso, é preciso cuidar para que as habilitações não sejam do tipo cartorial, pois a massificação do processo de habilitação



guarda uma série de distorções, já que muitas vezes não representam de fato a capacidade real do Município para assumir as responsabilidades inerentes a cada modalidade de gestão.

Em documento recente, a própria Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde³, aponta esta situação como problema/obstáculo ao avanço da descentralização. Esse documento vai além ao acrescentar que apenas duas condições de gestão na NOB/96 têm-se demonstrado insuficientes para expressar a diversidade dos Municípios brasileiros e de suas distintas inserções nas redes regionais. Este é um fato relevante porque ao estabelecer apenas 2 situações/condições de gestão para o conjunto de Municípios brasileiros confere uma homogeneidade inexistente às diferentes realidades de gestão e organização da atenção à saúde no território nacional.

O princípio da equidade em um contexto de grande heterogeneidade, como o nosso, exige a adoção de estratégias articuladas para o seu efetivo cumprimento. Neste sentido, a regionalização significa a oportunidade de acesso às ações e serviços de saúde de forma integral, independentemente da existência ou não de todos os níveis de complexidade no Município de origem do cidadão. Esta é a maior potencialidade da regionalização enquanto estratégia facilitadora do princípio da equidade.

A implantação da regionalização não acontecerá de maneira automática. É necessária a criação de condições favoráveis para que isto ocorra de forma a promover de fato os objetivos desejados e sobretudo para que não se incorra nos erros e equívocos já cometidos.

Nesta perspectiva, torna-se imprescindível:

- fortalecer a capacidade gestora de Estados e Municípios para viabilizar o processo de regionalização, sem provo-

³ *Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Garantia de Equidade no Acesso. (título provisório). Julho 2000. Versão Preliminar. Sujeita à revisão.*



car solução de continuidade nas ações e serviços que já vêm sendo ofertados à população;

- definir as competências e responsabilidades entre os Estados e Municípios na gestão do SUS, de forma clara e consoante a lógica de regionalização das ações e serviços de saúde, na perspectiva de uma rede hierarquizada orientada para a equidade;
- incorporar as iniciativas de organização microrregional na política de saúde, regulando a sua implementação de acordo com as diferenciações regionais existentes no País e de acordo com as necessidades locais;
- aperfeiçoar e fortalecer os mecanismos e estruturas de controle e auditoria das ações nos Estados e Municípios, já que a qualificação desta área representa um aspecto fundamental para o êxito das articulações regionais e para a relação com terceiros, garantindo a transparência na utilização de recursos públicos;
- fortalecer a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde na formulação de estratégias e no controle das políticas de saúde dos Municípios: uma participação mais qualificada pode conferir melhor *performance* às iniciativas de microrregionalização, como os consórcios, por meio do efetivo acompanhamento e controle das ações. Neste sentido, a capacitação de conselheiros é uma estratégia importante;
- instituir os contratos de gestão como instrumento, não só para regular a relação entre os níveis federal, estadual e municipal, mas também para regular as ações no interior destes níveis, como uma prática permanente e sistemática, monitorando e avaliando o cumprimento dos pactos e dos compromissos ou responsabilidades de cada esfera ou de cada uma das partes, elementos essenciais para garantir uma cooperação gerenciada⁴ baseada na negociação;

⁴ Mendes (2000) qualifica como cooperação gerenciada a relação de cooperação estabelecida no âmbito de sistemas microrregionais de serviços de saúde, baseada nas negociações e pactos formulados em uma Comissão Intergestores Bipartite Microrregional, e materializada na Programação Pactuada e Integrada – PPI.



- compatibilizar o processo de Programação Pactuada Integrada – PPI com as estratégias de regionalização em cada Estado. A PPI já funciona nos moldes de cooperação gerenciada, mas é diferente de contrato de gestão. Contudo, ainda não constitui um instrumento utilizado sistematicamente pelos Estados e Municípios. Torna-se necessário que este instrumento seja incorporado no cotidiano como prática a ser consolidada, tendo sempre clareza de que este tipo de pactuação exige negociação permanente. Sua importância na regionalização se justifica em função de que é por meio da PPI que são definidos e explicitados os fluxos de referências municipais, mediante negociação entre os gestores, visando o acesso da população a todos os níveis de atenção;
- implantar e/ou implementar câmaras de compensação interestaduais e intermunicipais para regular a alocação de tetos correspondentes às referências intermunicipais ou interestaduais acordadas;
- reverter as lógicas do planejamento e sobretudo do financiamento setorial, ainda orientadas pela oferta de serviços e por séries históricas de gastos, em vez de construídas sobre as demandas e necessidades da população. A lógica vigente compromete a alocação equitativa e coerente dos recursos e por conseguinte sua aplicação em ações prioritárias no campo da política de saúde.



Referencial Bibliográfico

- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). 1997. *Contagem Populacional de 1996*. Rio de Janeiro: IBGE.
- LIMA, Ana Paula G. & PASTRANA, Rosa Maria.. 2000. *A Articulação de Municípios em Consórcios Intermunicipais de Saúde: uma inovação dentro do SUS*. Ciência & Saúde Coletiva. Livro de Resumos. VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Volume 5 – Sujeito em Saúde Coletiva. Bahia. ABRASCO.
- MS, 1999. *Seminário Nacional Gestão Estadual do SUS: Tendências e Perspectivas. Relatório Final*. Secretaria de Políticas de Saúde,. Brasília. MS/ OPAS
- M.S., 1999b. *Concorrência Internacional nº 1/99 Edital. Solução de Informática para implementação do Cartão Nacional de Saúde*. Republicação. Brasília.M.S.
- MS, 2000. *Diagnóstico da Situação Atual de Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil: Relatório de Pesquisa*, MS/ OPAS, Mimeo.
- MENDES, E.V. 2000, *Programa de Reforma do Sistema Estadual de Saúde do Estado da Bahia: Sistemas microrregionais de Serviços de Saúde e Consórcios Intermunicipais de Saúde*. Relatório de consultoria para o Banco Mundial, na Secretaria Estadual de Saúde da Bahia. Mimeo.



**Sistemas de Informação, captura
da diversidade dos problemas de
saúde e contribuição dos diferentes
campos de informação e conhecimento
para o planejamento, gestão,
cuidado e proteção à saúde.**

*Contribuição do grupo técnico de informação
em saúde e população – GTISP / Abrasco¹*

Apresentação

O Grupo Técnico de Informação em Saúde e População da Abrasco – GTISP/ABRASCO considera que as informações de interesse para a área da saúde ocupam uma posição estratégica, diante do desafio que representa, em um país continental como o Brasil, garantir acesso, qualidade e humanização na Atenção à Saúde, com controle social.

A Conferência Nacional de Saúde – conquista da sociedade brasileira – se constitui em oportunidade ímpar para o debate sobre os destinos que se quer construir para a área de saúde. Uma das questões relevantes neste debate são os avanços que a Informação em Saúde e as novas tecnologias a ela associadas podem propiciar. Mas estes avanços terão a direcionalidade que a correlação das forças políticas envolvidas apontar.

A produção e disseminação das informações podem estar a serviço de um maior monitoramento da diversidade dos problemas de saúde a depender de sua gestão democrática, considerando a Informação em Saúde um bem público, patrimônio da sociedade, direito de cidadania e dever do Estado sua democratização.

¹ *Membros do GTISP/Abrasco: Álvaro Escrivão Junior (FGV/EAESP), Bernadete Antunes (SES/PE), Edmilson Belo Pereira (SMS/Ribeirão Preto), Eduardo Mota (ISC/UFBA), Francisco Viacava (CICT/Fiocruz), Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes (ENSP/Fiocruz), Jacques Levin (MS/Datasus), Márcia Furquim de Almeida (FSP/USP – coordenadora do GTISP), Miguel Murat Vasconcellos (ENSP/Fiocruz) e Silvia R. F. Rangel dos Santos (IMS/UERJ)*



Desta forma, o GTISP/Abrasco considerou uma importante contribuição para a 11ª Conferência Nacional de Saúde a troca de experiências e estudos sobre as necessidades e perspectivas das informações para a gestão do SUS, ocorrida na Oficina de Trabalho, cujo Relatório está apresentado a seguir.

Os debates propiciados pela Oficina de Trabalho estão bem próximos dos temas propostos pela Conferência e representam a visão de um conjunto de profissionais de saúde que vêm trabalhando e refletindo sobre as Informações em Saúde no Brasil, comprometidos com a melhoria da saúde da população.

Relatório final da oficina de trabalho: "informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas"

*Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes*²

*Silvia R. F. Rangel dos Santos*³

Introdução

A Oficina de Trabalho "Informações para a Gestão do SUS: necessidades e perspectivas" foi realizada com o objetivo de elaborar uma Agenda com propostas que contemplem soluções e estratégias para potencializar o uso das informações pelos gestores e pela população, nos diversos níveis do SUS, na perspectiva da construção de uma Política Nacional de Informações em Saúde para o País.

Coerente com os seus marcos fundadores de promover o debate aberto e plural em torno da "construção e sistematização de propostas relacionadas a um Projeto Nacional para a área de Informação em Saúde e População dirigido para a sociedade brasileira, adotando como eixo aglutinador dos trabalhos, os princípios da descentralização e do controle social", o Grupo Técnico de Informação em Saúde e População – GTISP/Abrasco – promoveu no âmbito do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva esta Oficina de

² Pesquisadora Titular do Departamento de Ciências Sociais/ENSP/Fiocruz (Membro do GTISP/Abrasco)

³ Pesquisadora / Doutoranda do Instituto de Medicina Social – IMS / UERJ (Membro do GTISP/Abrasco), Coordenadora da Oficina de Trabalho.



Trabalho, nos dias 28 e 29 de agosto de 2000, em Salvador, Bahia.

Os membros do GTISP/Abrasco estão conscientes de que na área da saúde existem muitos dados capazes de gerar informações de interesse para o gestor e para a população, ao mesmo tempo em que ocorrem rápidas e importantes transformações relacionadas às tecnologias de informação. Entretanto, vêm observando que estes avanços, por si só, não estão sendo suficientes para garantir a qualidade das informações produzidas e seu uso efetivo no processo, seja de tomada de decisão do SUS, em suas diferentes esferas de governo, seja de sua efetiva democratização, de forma a que seja apropriada pela população e seus representantes, no cotidiano da vida dos cidadãos e no exercício do controle social. Efetivamente, este processo só ocorrerá quando a Gestão da Informação em Saúde ingressar de fato, como questão relevante, na Agenda Política dos debates da sociedade brasileira em torno da saúde.

Neste sentido, o GTISP/Abrasco, ao promover a troca de conhecimentos e experiências entre instituições de ensino e pesquisa, gestores e órgãos envolvidos na produção e disseminação da informação, pretende contribuir para este debate. Para formular propostas que propiciassem um maior apoio das informações às instâncias gestoras do SUS e população, no decorrer da Oficina de Trabalho, foram discutidas as necessidades e perspectivas em cada esfera de governo. A título de exemplo, para subsidiar os debates sobre o atual quadro do uso das informações em saúde no SUS, foram apresentadas as seguintes experiências e pesquisas:

- Da esfera federal:

- › RIPSAs – Rede Interagencial de Informações para a Saúde, secretariada pela OPAS/Brasil, apresentada pelo Dr. João Baptista Risi Junior, membro da Secretaria Executiva da RIPSAs.

- › DATASUS/MS – Apresentada pelo seu diretor Dr. Arnaldo Machado.



- Da esfera estadual:

- › Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, apresentada pela Profa. Dra. Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes, Diretora Geral do Centro de Informações em Saúde/SPD/SES-RJ.

- Da esfera Municipal, os seguintes estudos:

- › "Uso de Indicadores em Sistemas Locais de Saúde", sobre municípios no Estado de São Paulo, apresentado pelo Prof. Paulo Fernando Capucci.

- › "Informação Técnico Científica e o Processo Decisório em Saúde – o Caso do Estado de São Paulo", apresentado pela Profa. Dra. Márcia Faria Westphal.

- › "A experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto", apresentada pelo Prof. Dr. Edmilson Belo Pereira.

A partir dos exemplos apresentados, os participantes tiveram a oportunidade de discutir e fazer propostas, em um processo de construção coletiva, sobre as questões relativas às informações em saúde.

A identificação dos problemas e das perspectivas para as informações de interesse para a área da saúde, subsidiando o processo de gestão do SUS, ocorreu através de uma ampla discussão dos participantes, em torno dos seguintes eixos temáticos:

- Uso das informações em saúde
- Tecnologia da Informação
- Qualidade da Informação
- A questão ética relacionada à Informação em Saúde



2. Situação atual: necessidades e perspectivas

2.1. Uso das Informações em Saúde:

Tendo por referência que a "Informação é um direito de todos e dever do Estado e que o acesso à informação constitui um dos alicerces do projeto de conquistas sociais, de construção da cidadania", os participantes enfatizaram a necessidade de se considerar, de forma destacada, o cidadão, com o estabelecimento de novos processos de disponibilização dos dados, criando mecanismos facilitadores tanto do acesso quanto do cuidado com a linguagem e forma, adequando-as ao universo da população em geral, como mecanismo de promover a apropriação do conhecimento em saúde pela sociedade brasileira, em um amplo processo de democratização da informação em saúde.

As experiências e estudos apontam para o baixo uso da informação no processo de gestão da saúde, que permanece se dando, em sua maioria, de forma pouco embasada na realidade apontada pelas informações em saúde existentes. Esta constatação pode ter várias gêneses, dentre elas destacam-se:

› Baixo comprometimento em atender, de forma equânime, as reais demandas da população em termos de seus problemas de saúde, independente do poder aquisitivo do usuário.

› O processo de gestão em saúde ainda se dá sob uma lógica fragmentadora e vertical, pouco sintonizada com a diversidade que caracteriza a situação de saúde da população brasileira, o que acarreta uma resistência ao uso na gestão da saúde de tecnologias integradoras e flexíveis que instrumentalizam uma abordagem mais globalizante e próxima da realidade sanitária, como as novas tecnologias de informação propiciam.

› Esta fragmentação interna ao setor saúde também pode ser observada no quantitativo ainda baixo de experiências concretas orientadas por uma abordagem intersetorial nas ações de saúde. O SUS, enquanto parte do processo de



Reforma Sanitária aprovada na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), precisa articular-se com setores extra-saúde como estratégia fundamental para um impacto efetivo de melhoria da saúde da população. A necessidade de agregação de novas variáveis socioeconômicas (por exemplo: dados censitários, variáveis demográficas), como também uma consistente conceitualização e incorporação de indicadores de causas externas, podem ser exemplos de como as informações podem ampliar o leque de visão dos gestores de saúde e da população, explicitando os nexos causais da situação de saúde encontrada com as condições de vida. Estas informações ampliam também as possibilidades de estabelecimento de relações entre os campos e arenas de luta dos representantes da sociedade, instrumentalizando as articulações entre os problemas enfrentados pela população em seu cotidiano de vida.

› Como consequência, os Sistemas de Informações em Saúde de base nacional (que expressam esta mesma lógica fragmentada do processo de gestão) que foram estruturados há mais tempo e, portanto, desenvolvidos a partir de opções tecnológicas antigas, não permitem sua melhor adequação e flexibilidade às diferentes responsabilidades e competências das esferas de governo.

Dado este quadro, um dos principais desafios colocados para a área da informação e as tecnologias a ela associadas é fomentar um amplo processo político em torno da produção, disseminação e uso das informações seja pela gestão da saúde, seja como subsídio para o exercício efetivo do controle social sobre as políticas públicas em andamento.

2.2. Tecnologia da Informação

As mudanças na dimensão política da gestão da informação precisam vir acompanhadas de mudanças tecnológicas para que seja alcançado o patamar do uso efetivo da informação no processo de gestão da saúde e como subsídio para o exercício do controle social.



Dada a fragmentação histórica dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS), o primeiro desafio tecnológico a ser enfrentado é o estabelecimento de padrões, definidos democraticamente com uma ampla participação, como etapa básica para se conseguir o aperfeiçoamento dos SIS.

Deve-se destacar a contribuição de algumas iniciativas, tal como a Oficina de Trabalho "Compatibilização de Bases de Dados Nacionais", promovida pelo GTISP / ABRASCO, no V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em 1997, cujo Relatório Final, serviu de documento orientador para o Comitê Temático na RIPSA (MS/OPAS) para "Compatibilização de Sistemas e Bases de Dados", que instrumentalizou a elaboração da Portaria nº 3.497/GM. do Ministério da Saúde, de 25 de novembro de 1998. Outra contribuição para este processo de busca de articulação entre os SIS trata-se de outro Comitê da RIPSA: o Comitê Temático de Padronização de Registros Clínicos, cujas primeiras recomendações já estão disponíveis no site do Datasus/MS (www.datasus.gov.br/prc/datasus.htm).



Um importante campo de uso das informações em saúde e suas tecnologias pelos gestores são as experiências, em alguns Municípios e unidades federadas, de implantação do Sistema de Informação de Regulação das Ações de Saúde – SISREG do Datasus/MS, que está sendo aprimorado a partir de um trabalho em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, constituindo-se em potente instrumento para a implantação no Brasil do complexo regulatório, enquanto estratégia para um novo salto de qualidade do SUS.

Articuladas entre si e entre as demais iniciativas em andamento, as experiências do Cartão Nacional de Saúde e do Sistema de Informação de Regulação (SISREG) podem trazer importantes contribuições para superar a distância ainda existente do uso das informações no processo de gestão da saúde, com impactos positivos na melhoria da saúde da população.



2.3. Qualidade da Informação em Saúde

A qualidade da informação é consequência da qualidade com que se realizam as etapas, desde a coleta/registo até a disponibilização dos dados produzidos pelos Sistemas de Informação. Foram identificadas necessidades, tais como a ampliação de cobertura e da criação de mecanismos de validação de dados que evidenciem a qualidade dos dados produzidos, independente do enfoque financeiro.

É necessário melhorar a qualidade das variáveis sociais nas bases de dados da saúde como ocupação e local de moradia, bem como tentar garantir, junto ao IBGE, que os dados sejam disponibilizados de forma adequada às necessidades das análises da situação de saúde, do planejamento e da execução das ações de saúde. Isso significa ter acesso às bases cartográficas e tabelas de logradouros informações dos setores censitários. Da mesma forma, o IBGE deveria orientar os usuários quanto ao manuseio das informações de pesquisas realizadas em amostras populacionais complexas como a PNAD, disponibilizando não apenas os dados mas também o desenho amostral da pesquisa.

2.4. A Questão Ética relacionada à Informação em Saúde

O avanço tecnológico associado à informação em saúde, contribuindo para a criação de melhorias para a gestão da saúde e facilidades para o cidadão, também traz riscos no que se refere à garantia de sua privacidade.

O Brasil pouco avançou no que se refere à criação de salvaguardas éticas e jurídicas que garantam a segurança da inviolabilidade da identificação do cidadão em qualquer base de dados existente.

Os padrões de segurança a serem adotados devem garantir *i)* a integridade da informação; *ii)* a privacidade do cidadão e *iii)* a confidencialidade da informação, tendo por referência o princípio do consentimento informado, ou seja deve-se garan-



tir que o indivíduo tenha pleno conhecimento sobre a finalidade das informações que está fornecendo e tenha a liberdade de concordar ou não com o armazenamento das informações em bancos de dados de domínio público. Esta tem sido a conquista das populações em países europeus, onde o respeito à livre decisão do cidadão precisa ser respeitada pelas instituições governamentais

Quem tem o acesso, a que informações e com que finalidade precisa estar claramente descrito para todos os cidadãos, com o estabelecimento de normas éticas que orientem o processamento e uso da informação, principalmente aquela que permita a identificação dos cidadãos, sob pena de vivermos todos sob o império do controle e da vigilância, sutil mas presente, das instituições sobre a sociedade, sejam governamentais ou privadas.

3. Propostas e estratégias de encaminhamento

3.1. Uso das Informações em Saúde: Informação como Instrumento de Apoio à Decisão para Gestores e para Subsidiar o Controle Social do SUS

305

Para fomentar um amplo processo político em torno da produção, disseminação e uso das informações, torna-se estratégico que a Informação e as tecnologias a ela associadas passem a fazer parte da Agenda Política da Saúde, sob pena desta perder o "bonde da história". Reduzir os desafios que as Tecnologias de Informação vêm representando para as sociedades contemporâneas como questão restrita ao debate dos técnicos e especialistas, em nada contribue para o salto de qualidade que, tanto a gestão da informação quanto a gestão da saúde, estão necessitando no Brasil. Uma questão política é tratada politicamente como sendo "técnica", alijando atores sociais do processo de formulação da Política Nacional de Informação em Saúde.

O desafio é implementar ações que superem as resistências ao uso das informações e suas tecnologias mais avançadas no processo de gestão da saúde, vinculadas a um profundo co-



nhecimento das situações de saúde das populações, em um processo democrático de eleição de prioridades, promovendo uma real mudança de cultura no trato das informações, superando as resistências à inclusão de novos indicadores, novas abordagens, novas tecnologias e novos atores sociais discutindo a Política de Informações em Saúde que se quer para o País.

A proposta estratégica para uma nova abordagem na Gestão da Informação em Saúde é que sejam estabelecidos mecanismos onde a população usuária do SUS, os técnicos e os gestores tenham espaço para expressarem suas questões/perguntas em torno das informações relacionadas à vida, doença e morte dos brasileiros, a partir das suas atribuições e papéis nos diferentes níveis e espaços de gestão do SUS. É preciso que sejam abertos novos espaços de interlocução e participação, principalmente da população em geral, que tradicionalmente esteve afastada dos espaços onde são tomadas as decisões sobre as informações. Mas também para os técnicos e gestores das diferentes esferas, principalmente municipal e estadual, dada a histórica centralização das ações de governo, que vem paulatinamente sendo superada a partir da implementação do SUS.

306

Este primeiro desafio pode ser assim sintetizado: gerir a informação em saúde nas sociedades contemporâneas e no Brasil é uma questão política e portanto deve envolver a sociedade nesta discussão, através do estabelecimento do Comitê de Informação em Saúde, ligado aos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, com um caráter permanente, para propor ao Conselho questões políticas e estratégicas que confluem para a definição de uma Política Nacional de Informações em Saúde adequada ao projeto do SUS.

3.2. Tecnologia da Informação: importante fator na busca da Integração das Informações, na melhoria de sua qualidade e do seu uso na saúde

O processo de padronização de sistemas de informações



deve ocorrer contemplando três níveis: padronização do vocabulário utilizado, padronização do conteúdo e padronização dos procedimentos de transmissão da informação.

A construção de padrões aqui proposta é oposta a uma visão autoritária onde alguns definem e todo o restante do Brasil deverá seguir. A partir da experiência em países amplamente democráticos, propõe-se que esta construção se dê de forma totalmente aberta para todo e qualquer cidadão que deseje participar, para toda e qualquer entidade, pública ou privada. As tecnologias de Informação e os mecanismos de gestão coletivos do SUS criam as condições materiais mínimas necessárias para que se inicie de forma vigorosa no Brasil este processo. Não há mais espaço para posturas tecnocráticas e/ou tecnicistas que pretendem separar o cidadão das discussões técnicas. Poder e Saber caminham juntos na sociedade contemporânea.

Como também deve estar garantido o direito de todo e qualquer técnico ou gestor encaminhar sua proposta/contribuição, evitando-se que o processo de definição de padrões se dê apenas com o envolvimento de um pequeno grupo de profissionais, empresários e/ou dirigentes da saúde articulados em grupo de interesses comuns. Uma importante experiência já em andamento trata-se do Consórcio de Componentes de Software, articulado pelo Datasus/MS (www.datasus.gov.br/ccs/datasus.htm).

Este amplo processo é fundamental para a constituição de propostas articuladas de implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente em todos os serviços de saúde, independente de ser público ou privado, garantindo sua compatibilização com os SIS existentes.

Outra estratégia importante é a implantação do Cartão Nacional de Saúde, nos moldes aprovados na 10ª Conferência Nacional de Saúde, constituindo-se em um elemento único de identificação do usuário do SUS. Cabe destacar que esta importante iniciativa, entretanto, deve estar articulada às



demais iniciativas que estão sendo implementadas na área das tecnologias de informação aplicadas à Saúde, evitando-se mais uma experiência brasileira de paralelismo de ações que empobrecem todo o processo e oneram o custo final.

O avanço tecnológico inerente aos desafios apresentados implica também a criação de mecanismos de monitoramento de todo o processo operacional dos SIS, com o estabelecimento de critérios de acreditação tanto da informação (se está dentro dos padrões, por exemplo), quanto de Sistemas de Informação em Saúde.

Todos estes desafios requerem uma política clara de valorização do processo de produção e disseminação das informações. Uma das formas de garantir materialidade à perspectiva de ampliação das experiências em andamento, de forma intensa como demanda a situação de saúde brasileira, é ampliar os recursos financeiros para esta área, tanto para as instituições de serviços de saúde (como o Datasus, do Ministério da Saúde), em todas as esferas de governo (como os Centros de Informações em Saúde das SES e SMS), quanto para pesquisas e estudos sobre o tema. É importante uma política que fomente a produção de conhecimento nacional nesse área, diminuindo a dependência tecnológica às inovações estrangeiras.

Como parte desta estratégia, é fundamental um amplo processo de capacitação dos profissionais das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, com especial atenção para aqueles diretamente inseridos na gestão das informações em saúde.

Este processo deve contemplar também uma abordagem especial para os gestores da saúde, para que estes se apropriem das questões estratégicas que estão em jogo no que se refere ao avanço das tecnologias de informação no mundo contemporâneo, conseguindo extrair daí o que de melhor e mais avançado possa ser útil para as diversas localidades brasileiras, apoiando-se em informações de qualidade para subsidiar seu processo decisório.



Este amplo processo de capacitação em Informação em Saúde para alcançar o impacto necessário deve procurar articular as Tecnologias de Informação, com as Tecnologias de Gestão e com as Tecnologias de Saúde.

Todas estas questões aqui apresentadas precisam ser amplamente discutidas propondo-se então que seja realizado, em continuação, Seminários Regionais para aprofundamento dos debates.

3.3. Qualidade da Informação em Saúde: perspectivas de melhoria

Desde sua criação, o GTISP/Abrasco vem colocando a necessidade de se criar mecanismos que promovam a melhoria da qualidade das informações. Apesar da melhoria dos Sistemas de Informação em Saúde, verificada nos últimos anos, seu aperfeiçoamento continua e sempre será desejável. É necessário baixar, cada vez mais, a tolerância com as deficiências na produção de informações, desde o registro até a disponibilização.

As propostas da Oficina de Trabalho destacadas nos itens I e II, referentes ao uso das informações em saúde e à aplicação de tecnologia da informação acarretam impactos positivos na qualidade da informação. Avanços na utilização da tecnologia da informação implicam na qualidade, mas convém lembrar que, como está enfatizado no documento de referência do Grupo(i), soluções tecnológicas, por si só, não garantem a qualidade. O uso permanente das informações é essencial para apontar os caminhos para sua melhoria.

3.4. A Questão Ética relacionada à Informação em Saúde: um desafio.

Propõe-se a criação de Comitê de Ética e Segurança das Informações em Saúde que articule iniciativas de vários setores (como o Ministério Público, o Conselho Federal de Medicina, o Ministério da Saúde, sociedades científicas como



a SBIS – Sociedade Brasileira de Informática em Saúde e a ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva), com a participação direta de representantes dos usuários do SUS e da sociedade em geral, estabelecendo um espaço de interlocução com a sociedade civil. Não dá para uma questão que repercute diretamente na vida do cidadão não garantir sua participação de forma efetiva e não conjuntural e esporádica apenas para validar proposições já negociadas por representantes de outros interesses.

4. PARTICIPANTES:

Álvaro Escrivão Júnior(*) – EAESP – FGV – PROAHSA

Edmilson Belo Pereira (*) – FMRPUSP / SMS-RP

Eduardo Luiz Andrade Mota (*) – ISC / UFBA

Francisco Viacava (*) – DIS / CICT / FIOCRUZ

Ilara Hämmerli. S. de Moraes (*) – ENSP / FIOCRUZ –
Relatora da Oficina de Trabalho

Jacques Levin (*) – DATASUS / MS

Márcia Furquim de Almeida (*) – FSP / USP – Coordenadora
do GTISP/ABRASCO

Maria Bernadete de Cerqueira Antunes (*) – DMS / FCM/UPE

Miguel Murat de Vasconcelos (*) – ENSP / FIOCRUZ

Silvia R. F. Rangel dos Santos (*) – IMS / UERJ –
Coordenadora da Oficina de Trabalho

André Renê Barboni – UEFS – BA

Arnaldo Machado de Sousa – DATASUS / MS

Beatriz de Faria Leão – SOCIEDADE BRASILEIRA DE INF.
EM SAÚDE

Carla Magda Allan Santos Domingues – GT - SINAN/ CGVEP
/ CENEPI / FUNASA

Déa Carvalho Arruda – SAS / MS

Denise R. Ganzo de Castro Aerts – SMS - POA / RS - PPGS
COLETIVA - ULBRA

Ernani Bento Bandarra – DATASUS / MS

Fábio de Barros Correia Gomes – CGAIS / CENEPI



FUNASA

Fernando Flores Santos Ribeiro – UEFS / BA

João Baptista Risi Júnior – OPAS / BRASIL

José Vargens – PUC-RIO / SES-RJ

Joyce Mendes Schramm – ENSP / FIOCRUZ

Lúcia Maria Modesto Pereira – DATASUS / MS

Luciana Barreto Phebo – SMS e SES / RJ e ISER / VIVA RIO

Luis Patrício Ortiz Flores – FUNDAÇÃO SEADE

Márcia Westphal – FSP / USP

Marco Antônio Ratzch de Andreazzi – IBGE

Maria Lúcia de M. S. Soboll – FSP / USP

Mário Francisco Giani Monteiro – IMS / UERJ

Mozart de Abreu e Lima – OPAS / BRASIL

Paulo Fernando Capucci – CEPEDOC CIDADES

SAUDÁVEIS FSP / USP

Ricardo de Moraes Rodrigues – SPS / MS

Sérgio Pacheco de Oliveira – UGB / MS

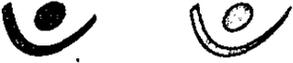
Sibele Maria Gonçalves Ferreira – SPS – MS



Referências bibliográficas:

GTISP/ABRASCO (1994). *"Informação em Saúde a Serviço da Sociedade"*.
IN: Ministério da Saúde e ABRASCO. *Uso e Disseminação de
Informações em Saúde – Subsídios para elaboração de uma Política de
Informações em Saúde para o SUS*. Brasília.

ABRASCO. Oficina de Trabalho (1997). *"Compatibilização de Bases de
Dados Nacionais"*. IN: *Informe Epidemiológico do SUS*, Ano VI, nº
3, pp. 24-33, Brasília: Fundação Nacional de Saúde.



**Proposições e estratégias de
transformação dos recursos
humanos em profissionais de
saúde comprometidos com um
sistema de saúde acessível,
qualificado, sensível e humanizado.**

*Tânia Celeste Matos Nunes (1)
Maria Inês Casalade Martins (2)
Rita Elizabeth da Rocha Sório (3)*

Admitir a necessidade de transformação dos recursos humanos do SUS em profissionais de saúde comprometidos é o primeiro propósito que integra o tema que nos propomos a discutir e que se reveste ainda de maior importância quando vinculamos essa expectativa a um Sistema Único de Saúde acessível, qualificado, sensível e humanizado.

Ainda que para efeito de compreensão inicial estejamos estabelecendo duas vertentes aparentemente vinculadas a campos temáticos diferentes, as transformações no modelo de atenção à saúde e as transformações no mundo do trabalho, podemos verificar que ambas as propostas estão relacionadas a mudanças significativas ocorridas nos últimos anos no processo produtivo, com repercussões importantes na lógica de organização do trabalho e dos serviços.

Esse contexto vem produzindo fenômenos que se projetam na sociedade moderna, estabelecendo novas formas de relação entre o homem e o trabalho e impondo às instituições uma redefinição permanente das estratégias e conteúdos até então adotados para a formação e a atualização de seus profissionais.

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde tem possibilitado a construção de novas alternativas de organiza-

¹ Doutora em Saúde Pública – ENSP/Fiocruz, Diretora da Escola Politécnica de Saúde da Fiocruz

² Doutoranda em Saúde Pública – UERJ, Pesquisadora Fiocruz

³ Mestre em Saúde Pública – ENSP/Fiocruz, Coordenadora do Programa de Formação dos Auxiliares de Enfermagem do Ministério da Saúde. PROFAE.



ção, com propostas concretas de reconfiguração do modelo assistencial, permitindo a ampliação dos espaços de reconstrução de velhas práticas de atenção à saúde e de gestão do sistema que se associam a propostas de novos modelos. Nessa perspectiva, é possível identificar temáticas como humanização, subjetividade em sua relação com a natureza do trabalho em saúde, diversificação dos serviços, substituição do conceito de cliente pelo de usuário, qualidade dos serviços x qualidade técnica, novos processos de qualificação dos trabalhadores, dentre outros, que merecem reflexão e um esforço de aprofundamento, procurando relacioná-los ao atual contexto de reorganização do mundo do trabalho, e, a partir de uma melhor compreensão dessa dimensão, buscar elementos de formulação de estratégias conseqüentes aos objetivos de aperfeiçoamento do Sistema de Saúde e de suas práticas.

Do ponto de vista do trabalho, a partir da revisão de literatura, é possível identificar que está em curso uma transformação significativa, caracterizada por uma transição entre o modelo taylorista/fordista que vigorou entre os anos 50 e 70, a organização do trabalho se caracterizava pela dominância do trabalho prescrito, com poucas possibilidades de intervenção nos processos produtivos e com pouca autonomia por parte dos trabalhadores e a emergência de um novo modelo, que acontece nas décadas de 80 e 90, a partir da reestruturação produtiva, baseado na intelectualização do trabalho com a utilização de novas tecnologias cujas principais referências passam a ser o conhecimento técnico, a qualificação profissional. O novo paradigma do trabalho nas sociedades pós-industriais, recoloca a centralidade do trabalhador no processo produtivo e amplia a discussão sobre os processos de qualificação. As novas formas de organização do trabalho apontam para a necessidade de uma força de trabalho mais qualificada, com ampliação da formação escolar e técnica, permitindo aos trabalhadores maior mobilidade social.

Na conjuntura recente, novas competências são requeridas desse trabalhador, valorizando, principalmente, os sistemas de produção integrados e indicando necessidades de redefinições nas formas de recrutar, selecionar, treinar e



manter os profissionais em suas respectivas atividades. Valle (1997) ilustra essa afirmação quando define alguns requerimentos eleitos como importantes ao trabalhador nessa nova conjuntura:

- Capacidades cognitivas – capacidade de ler e interpretar a lógica funcional, capacidade de abstração, dedução estatística e expressão oral, escrita e visual.

- Capacidades comportamentais – responsabilidade, capacidade de argumentação, de realizar trabalho em equipe, de iniciativa e exercício da autonomia e habilidade para negociação.

A heterogeneidade de vínculos é também um dado importante que compõe esse emaranhado de transformações: as novas formas mudam radicalmente os mecanismos de ingresso e manutenção do trabalhador, estabelecendo também formas diferentes de relação de trabalho. Esse trabalhador deve incorporar novas competências que lhe habilitem como negociador de suas condições de trabalho e as instituições precisam estar preparadas para realizar negociações e preservar a harmonização dos diferentes vínculos, função antes mediada pelos sindicatos e por outras entidades da sociedade civil.

315

Reconhecendo os múltiplos fatores de intervenção no trabalho que emergem dessa conjuntura, alguns movimentos têm sido empreendidos pelo setor saúde na área da gestão dos serviços, a partir da década de 80 no Brasil, com a incorporação de conteúdos de planejamento estratégico e do gerenciamento flexível e participativo, aliados a projetos de controle de qualidade em saúde⁴.

Novick (1996) também contribui para essa discussão quando adverte que a tendência a constituir equipes de trabalho exige que os trabalhadores conheçam as tarefas do grupo, integrando as atividades de controle de qualidade às de produção, o que se traduz, na prática, em flexibilização na ocupação dos postos de trabalho. Isto significa romper com o sis-

⁴ Sobre o assunto ver PEDUZZI, 1997.



tema super especializado, fragmentado e repetitivo da produção.

No entanto, se considerarmos a qualidade do trabalho humano como resultante e determinante de um processo de qualificação coletiva, dado pelas próprias condições da organização social, cabe-nos perguntar se a nova qualificação é realmente qualificadora, na medida em que nem todos os trabalhadores têm o conteúdo do seu trabalho flexibilizado, mesmo aqueles que manejam as novas tecnologias. Dessa forma, parece necessário destacar que as competências referidas como necessárias ao novo trabalhador não aparecem naturalmente, em consequência do desenvolvimento tecnológico e nem podem ser apenas "deduzidas" do processo de trabalho, requerendo dos aparatos responsáveis pela formação de recursos humanos que esse aspecto seja levado em consideração, na escolha e no desenvolvimento de métodos e processos pedagógicos, na seleção de conteúdos e até mesmo na definição de oportunidades de capacitação.

Ainda como elementos importantes desse contexto vale destacar alguns fenômenos que têm expressão importante na organização do processo de trabalho em saúde e adquirem protagonismo no planejamento das ações de formação na conjuntura recente:

- O modelo taylorista, ainda muito presente na prática dos serviços, faz com que o trabalhador abra mão do lugar de sujeito do processo de produção, e com isso não reconheça a necessidade, e portanto não reivindique sua própria qualificação.

- A tendência, na atual forma de organização do trabalho, de uma formação mais polivalente, no sentido da multiquificação gerando, no caso da saúde, a necessidade de uma revisão das práticas profissionais de nível médio, podendo mobilizar resistências das corporações e até mesmo ameaçando a própria construção de uma nova identidade profissional.

- A mudança no conceito de responsabilidade que está associada também à busca de produtividade, leva a uma maior



exploração e desgaste físico do trabalhador, cada vez mais monitorada do ponto de vista gerencial pelas instituições, e nem sempre acompanhada de um sistema de valorização e remuneração por mérito.

- A aparente perda das especificidades profissionais e a introdução de novas competências.

- O aparecimento de um novo espaço do exercício profissional, com diminuição das hierarquias e uma tendência à horizontalização das relações nas equipes de trabalho.

- A incorporação de funções gerenciais por profissionais historicamente mais dedicados à intervenção estritamente técnica, inclusive os médicos.

- A tecnologia apresentando-se como uma categoria capaz de explicar as mudanças observadas a partir do processo de inovação na área de saúde, principalmente na área da medicina intensivista e nos serviços de apoio diagnóstico em que sua participação tem ocorrido de forma mais direta. Vale destacar que a tecnologia tem-se colocado como um importante agente de transformação do mundo do trabalho nos dias atuais, na medida em que se tornou um dos principais instrumentos do processo de competição capitalista.

Do ponto de vista do gerenciamento do setor saúde, observa-se no período recente uma maior preocupação com o aumento da produtividade, a partir de um crescente processo de incorporação e inovação tecnológica, contribuindo para a complexidade dos objetos de trabalho, requerendo, ao mesmo tempo, um aprofundamento vertical do conhecimento especializado e sua integração, o que necessariamente passa por *a)* articulação das atividades e intervenção com as ações dos demais agentes da equipe de trabalho multiprofissional; *b)* redimensionamento da autonomia profissional; *c)* articulação de conhecimentos oriundos de disciplinas e ciências, e o trabalho interdisciplinar; *d)* maior qualificação profissional, tanto na dimensão técnica especializada, quanto ético-política" (Peduzzi, 1997).



Esta caracterização está reforçada por Marta Novick (1996) quando adverte que, no novo modelo de gestão do trabalho há uma tendência ao desenvolvimento do trabalho em equipe, à redução de níveis e ao achatamento das pirâmides de mando, à polivalência, às mudanças nas qualificações exigidas e ao estabelecimento de trocas de relações e de conteúdo do trabalho e também nas negociações.

Nesse quadro de referência, vem sendo resgatada a discussão da qualificação profissional, articulando, do ponto de vista teórico, os campos do trabalho e da educação e, nessa perspectiva, o modelo de competências adquire centralidade nas discussões sobre formação e desenvolvimento de recursos humanos. Com a crise da sociedade salarial e a reorganização do trabalho o termo competência ou competências vem sendo incorporado ao debate sobre os processos de qualificação, referindo-se a um acervo de conhecimentos e habilidades necessárias para se chegar a certos resultados exigidos em circunstâncias determinadas: para alguns autores como uma estratégia "moderna" de responder às novas formas de organização do trabalho, decorrentes do processo de reestruturação produtiva e incorporação tecnológica; e para outros, como uma estratégia "antiga" de submeter o processo de qualificação às exigências do mercado.

De qualquer forma o conceito de competência coloca-se como uma importante contribuição à discussão da qualificação profissional, sendo um instrumento valioso de interpretação da realidade, e, nos dias atuais representa uma base de referência para a organização de qualquer processo de ensino/aprendizagem, na medida em que se propõe a incorporar a experiência e os conhecimentos advindos da prática dos serviços. Esse aprofundamento deve recuperar as contribuições das relações intersubjetivas que se estabelecem entre o trabalhador e o trabalho, entre ele e os seus pares e dele com a sociedade, mediadas pelo trabalho.

Assim, o conceito de competência proposto por Zarifian é o que, para nós, mais se aproxima do referencial necessário à



implementação de processos educativos que considerem a análise do contexto como ponto de partida para a construção de competências. Para ele "é a capacidade de enfrentar – com iniciativa e responsabilidade, guiadas por uma inteligência prática do que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores para mobilizar suas capacidades – situações e acontecimentos próprios de um campo profissional" (Zarifian, 1990).

As transformações aqui consideradas e que se operam na interrelação dos campos da Educação – na perspectiva de reforma e transformações curriculares para a formação: da Saúde – considerando a assimilação de novas competências profissionais para atuar em um novo modelo assistencial em transformação com a organização de novas práticas de saúde; do Trabalho – pelo que modifica nas relações de trabalho e requer de inovação do ponto de vista da gestão e da C&T em saúde – na dimensão da incorporação de novas tecnologias materiais e imateriais, são processos que, ao mesmo tempo que geram mudanças nos diferentes campos, são impactados por elas, e devem ser retraduzidos em novos modos de gestão e desenvolvimento de recursos humanos para o SUS.

O que fazer diante do quadro que se delineia com as características aqui descritas? Quais os elementos dessa conjuntura que adquirem maior relevância na tarefa de transformação dos recursos humanos em profissionais de saúde comprometidos com a organização de um Sistema Único de Saúde acessível, qualificado, sensível e humanizado, quando vivemos uma transição em que os problemas que decorrem dessa conjuntura se expressam no dia-a-dia das relações de trabalho e da própria organização do setor, atingindo a todos os que estão na prestação direta de serviços de saúde e os que estão nas esferas de gestão do sistema?

Em qualquer circunstância, e nesse contexto, em especial, parece necessário re-significar a categoria da autonomia para o exercício do trabalho, como um elemento importante na recriação das práticas de saúde e de formação de agentes dessa



própria prática. A recuperação do sujeito como elemento de realização do trabalho e que se realiza através de sua prática profissional, no desempenho individual, na relação com outros membros da equipe, com os seus clientes e com a sua comunidade, parece ser tarefa inadiável.

Sobre essa proposta, vale ressaltar as contribuições de Campos quando adverte que "não há vocação que resista à repetição mecânica de atos parcelares" ressaltando que "concentrar-se em atos vazios de sentido, ou cujo sentimento depende de uma continuação que o trabalhador não somente não controla como até desconhece, tudo isso termina produzindo um padrão de relacionamento com o saber e com a prática profissional altamente burocratizada... trabalhar em serviços de saúde assim estruturados costuma transformar-se em suplício insuportável" (Campos, 1997: 235).

O mesmo autor comenta ainda que "muito tem sido estudado sobre a tendência corporativa dos profissionais de saúde, sobre as várias modalidades de degradação da medicina de mercado e sobre a burocratização de inúmeras organizações estatais", reconhecendo ainda que "todos são problemas que limitam a capacidade de resolver problemas por parte dos serviços de saúde. A alienação, o descompromisso com a cura e com promoção de saúde não são mais exceções à regra e se constituem quase que em marcas da medicina moderna e dos serviços de saúde em sentido mais geral" (Campos, 1997: 230).

O conjunto das contribuições de Campos localizam focos importantes da discussão de recursos humanos, ainda que o recorte aqui efetuado para fins didáticos seja limitado, em relação à sua reflexão sobre o tema e sobre a complexidade do mesmo, principalmente quando pensamos na necessidade de renovação do sistema de saúde. Garantir acessibilidade, qualificação, sensibilidade e humanização ao dia-a-dia da prestação de serviços, implica rever questões fundamentais que se colocam na confluência entre gestão do trabalho e gestão de recursos humanos, envolvendo, dentre outros aspectos, aqueles ligados à remuneração, à lógica de for-



mação das equipes, à relação entre polivalência e especialização, aos vínculos entre os profissionais com o seu trabalho e com os usuários, à capacitação, à democratização das instituições e à avaliação de desempenho dos serviços e dos profissionais.

À medida que evoluímos no diagnóstico, vamos nos apropriando, com mais precisão, dos elementos que conformam o emaranhado de problemas e de possibilidades que essa transição coloca para os administradores do setor e para a gestão de recursos humanos, em particular. Seguir com propostas ingênuas, inúmeras vezes experimentadas e adequadas a outras conjunturas, seria negar a complexidade que envolve o tema abordado. Para prosseguir, reconhecemos como necessário ter "motivação criadora e empenho improvisador: sem essas posturas o trabalho sanitário tende a perder capacidade para resolver problemas, tende a se embaralhar na complexidade e desorganização dos complexos sistemas de saúde e tende a se submeter aos pesados constrangimentos do meio socioeconômico-político de cada contexto. Nesse sentido, tanto o processo de formação como a experiência institucional dos profissionais exercem um duplo efeito sobre suas subjetividades: não somente os treinam a se relacionarem com sujeitos degradados à condição de objeto, como reforçam sua alienação e desmotivação. São agentes produtores burocratizados, com baixo grau de compromisso e de responsabilização" (Campos, 1997: 251).

A referência é clara e impõe refletir sobre o que nos propomos a superar, nessa conjuntura de transição para o campo da educação e do trabalho que se relaciona com o setor saúde em suas múltiplas referências organizativas. A formulação de novas estratégias voltadas para a transformação dos recursos humanos em profissionais comprometidos, passa necessariamente por uma visão conectada a princípios que compõem uma nova ordem para o sistema de saúde, que inclui uma gestão humanizada e qualificada. Passa também pela incorporação dessas novas referências ao campo da formação de recursos humanos, incluindo como parceiras, as



Escolas Técnicas de Saúde, os Centros Formadores de Recursos Humanos das Secretarias de Saúde, as Universidades, as Escolas de Saúde Pública, os Núcleos de Estudos em Saúde Coletiva – NESC, os Pólos de Capacitação em Saúde da Família e os Centros de Pesquisa, com seus respectivos programas de ensino e de pesquisa.

Para tanto é necessário reconhecer que as iniciativas anteriores embutidas em vários movimentos que atingiram a formação de recursos humanos para a saúde nos últimos 50 anos possibilitaram a construção de modelos que se aproximavam das necessidades de saúde definidas em diferentes instâncias sociais, e "não obstante o discurso humanístico presente em vários deles, a racionalização (em termos de efetividade) da atenção ao processo saúde/doença mostrou-se, em geral, a sua característica predominante, deixando as questões de qualidade e de humanização em situação secundária". (Brasil, 2000 33).

Na Educação Médica, as propostas da Medicina Integral ou da Medicina Preventiva se pautaram pela busca de modificação da conduta dos estudantes, futuros profissionais, "preparando-os, tanto para entender as necessidades de grupos marginalizados" quanto para os cuidados destinados a eles e, com isso, minimizar as pressões geradas especialmente por esses grupos populacionais, sobre o sistema de saúde" (Brasil, 2000: 33), movimento que se articulou com outros Centros Formadores da América Latina, com o apoio da OPAS.

No Brasil, a revitalização das Escolas Médicas se processou, com uma forte influência dos movimentos em saúde nas décadas de 70 e 80, possibilitando a conformação de projetos de formação de recursos humanos ligados aos Departamentos de Medicina Preventiva e/ou Social e também a algumas Escolas de Saúde Pública, numa ação coletiva e política que se propunha a desenhar programas em novas bases, mas também pensar alternativas de organização do campo da formação em Saúde Pública/Coletiva, movimento mediado pela



ação política da ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) e do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde); o que resultou numa rede de Escolas e Programas de Formação em Saúde Pública ou Coletiva com cursos de pós-graduação *lato e strictu sensu*, com representações nas diversas regiões do País.

Nos anos recentes, "em alguns Estados da federação, com a crise da Saúde Pública, observa-se um refluxo desse processo, e conseqüentemente, o "esvaziamento" na procura pela formação de recursos humanos aptos a cuidar, por exemplo dos aspectos de organização de serviços, um dos elementos básicos para a qualidade e humanização dos serviços de saúde" (Brasil, 2000:33)

A formação dos médicos, por sua vez, seguiu o modelo médico hegemônico, fortalecendo a modalidade de especialização sob a forma de residência, segmentando-se nas diversas especialidades e fortalecendo-se como estratégia principal de formação do médico no interior da prestação de serviços. Essa estratégia foi também implantada, de forma muito tímida, pelas áreas de enfermagem e nutrição.

No âmbito do nível médio, foi também na década de 80 que se construíram os pilares do "Projeto Larga Escala", inicialmente mais voltado à formação dos auxiliares de enfermagem, mas que, no seu desdobramento, possibilitou a implantação de uma rede de Escolas Técnicas de Saúde. Situadas em 26 Estados da Federação, atualmente estão num processo crescente de habilitação, para oferecer programas de qualificação e re-qualificação, consoantes com o desenvolvimento do campo, e com potencial para atender a demandas consideradas estratégicas pelo setor. Nesta esfera, dois fatores parecem ter influenciado positivamente as demandas da formação de recursos humanos, que estão representados pela emergência do Programa de Formação do Auxiliares de Enfermagem - PROFAE, do Ministério da Saúde, e a promulgação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação



Nacional. O primeiro, pelo aporte significativo de recursos financeiros, pela introdução de novas formas de gestão na relação público e privado, pela inovação instituída no processo de formação dos docentes e pelo fortalecimento das instâncias formadoras envolvidas com o processo de formação. A nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional favoreceu o reconhecimento de processos flexíveis de qualificação e requalificação necessários à dinâmica do setor saúde, permitindo às Escolas Técnicas e Centros Formadores de Recursos Humanos, alargarem suas possibilidades, no sentido da profissionalização dos trabalhadores.

Um diagnóstico complementar refere-se à investigação em saúde, cuja dinâmica "vem sendo determinada, em quase sua totalidade, pela perspectiva de oferta instalada em nossas instituições de ensino superior. Mesmo em alguns de nossos institutos de pesquisa, a observância da demanda não se cumpre rigorosamente, levando a deixar de contemplar, na sua devida dimensão e necessidade, questões como acesso e qualidade, fundamentais para a construção de modelos de atenção integral e equânime". (Brasil, 2000:33).

324

A breve retrospectiva parece necessária para refletir sobre elementos fundamentais da atual organização escolar, diante dos desafios do SUS no campo do ensino. Não está contida no texto que expressa a existência de um número determinado de Escolas, que estariam formalmente aptas a atuar nos diferentes níveis de formação ou investigação para a saúde. Pelo contrário, ela reconstitui um processo histórico, que nos permite compreender que nos últimos 50 anos estabeleceu-se, no Brasil, um processo social de construção do ensino de saúde, onde se embateram diferentes concepções do papel dos Centros Formadores e dos programas de formação para o setor. Entre elas, destaca-se a compreensão de que o processo educativo se realiza num campo onde se articulam tensões permanentes, tendo a Escola como uma referência fundamental, onde se relacionam os currículos, diferentes visões do processo de trabalho em saúde, educação e C&T, diversas visões de poder, docentes com formações técnicas e políticas



diversificadas, legislações, dentre outras e, portanto aptas a estabelecer interlocução com diferentes propostas que sejam eleitas como estratégias fundamentais ao desenvolvimento de um sistema de saúde em novas bases.⁴

O processo de construção das Escolas e Programas, acelerado nos anos 80 e 90 no País, permitiu um alargamento das fronteiras do ensino e da pesquisa em saúde, que na década de 70 estavam significativamente concentradas no Centro-Sul do Brasil. Em sua dinâmica organizativa, os diversos segmentos (nível médio, graduação e pós-graduação *lato e stricto sensu*) estabeleceram formas de interlocução regulares entre si, constituindo redes fundamentais à vitalidade de processos expansivos e inclusivos, como aqueles demandados pela conjuntura atual relacionada a uma reatualização do SUS. Do ponto de vista da diversificação das modalidades de ensino, observou-se nos anos 90 um processo de aprofundamento das estratégias de educação à distância e da incorporação de novas tecnologias, potencialmente aliadas à adoção de programas de ensino que sejam adequados à sua utilização, a exemplo da produção e circulação de vídeos educativos e de *softwares*, dos canais educativos de televisão, dos jornais dedicados a saúde. Destaca-se ainda uma diversificada capacidade de produção editorial, com revistas regulares ligadas a Centros de Formação Universitária e uma produção de livros também ancorada nessa rede universitária. Ambas as linhas de produção são também apoiadas pelo Cebes e pela Abrasco.

Os cursos *stricto sensu* têm dinâmicas próprias de aprovação e avaliação relacionadas com a Capes e o CNPq, e o *lato sensu* vem desenvolvendo nos últimos dois anos, uma discussão importante sobre acreditação pedagógica, com vistas ao monitoramento de sua qualidade, num movimento progressivo de inclusão das diversas Escolas de Saúde Pública do País, liderado pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz.

A Rede Unida é um outro fórum que reúne Centros



Formadores dedicados à formação de recursos humanos dos diversos níveis de ensino, e que liderou nos anos 90 a discussão sobre as diretrizes curriculares propostas para a graduação, pelo Ministério da Educação e do Desporto, no âmbito da implantação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Com essa atuação em rede, passou a se constituir através de uma ação técnico-política em interlocutor privilegiado das instâncias formuladoras de políticas de recursos humanos para a saúde. Mais recentemente, a Rede Unida participa ativamente das discussões sobre a mudança de modelo assistencial do sistema de saúde, com ênfase nas propostas de formação para o Programa de Saúde da Família.

Os Pólos de Capacitação em Saúde da Família são também inovações do campo da formação, que agregam grande possibilidade de sucesso às iniciativas de formação ao Programa de Saúde da Família, na relação com os cursos de graduação e também na participação do diálogo ampliado que se estabelece com os demais atores da formação, no sentido de efetuar ações de complementariedade e apoio ao programa.

Os elementos aqui apresentados parecem configurar uma situação privilegiada do ponto de vista das condições desejáveis para fazer frente aos desafios colocados para a área de recursos humanos, quanto à transformação dos recursos humanos em profissionais de saúde comprometidos com um sistema de saúde acessível, qualificado, sensível e humanizado, na perspectiva do aparelho formador. Vale destacar, no entanto, que a avaliação sucinta aqui apresentada, das referências atuais do mundo do trabalho, que interagem de forma permanente com a organização e a dinâmica do setor saúde, devem ser buscadas para o núcleo de uma discussão reformuladora, dos conteúdos a serem abordados, bem como dos métodos e processos de ensino mais adequados, nesse contexto.

Não basta reconhecer que o setor saúde mudou: é necessário estabelecer o diálogo com os aspectos fundamentais dessa mudança, incorporando elementos atualizados do processo de trabalho e atraindo para o núcleo organizativo do



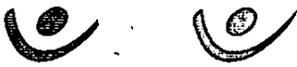
ensino e da pesquisa, mecanismos capazes de construir, de forma mais sensível, uma nova relação ensino-pesquisa-serviço que incorpore essa dimensão.

Entendendo os trabalhadores e profissionais de saúde para além de um mero insumo ou recurso utilizado na prestação de serviços de saúde e assumindo-os como agentes – sujeitos capazes de serem constituídos enquanto sujeitos-agentes éticos e organicamente comprometidos" (Brasil, 2000:34) consideramos que, um importante investimento deverá ser realizado na formação de docentes, das Escolas e dos serviços, que também vivenciam a transição aqui caracterizada.

As estratégias de reformulação dessas propostas deverão estar perfeitamente articuladas às necessárias mudanças da organização do trabalho. Em torno desse esforço centrado na transformação da prestação de serviços e das políticas de saúde, as ações de recursos humanos serão parte integrante e fundamental, na organização de novas pautas para a elaboração de currículos, novos protocolos entre os setores acadêmicos e a administração dos serviços de saúde, novos pactos entre agências financiadoras e os órgão que articulam ensino e pesquisa.

Um conjunto de iniciativas deverá apontar para um novo ciclo de renovação das referências até então adotadas pela área de recursos humanos, para estabelecer pautas de atuação para o SUS, com foco nas diretrizes de acessibilidade e qualidade do sistema de saúde e no fortalecimento da idéia de profissional-sujeito, cuja " obra" realizada na prestação de serviço de saúde seja um produto reconhecido pelo próprio trabalhador, pelo cliente e pela sociedade (Campos, 97: 234).

Nesse sentido, vale destacar que essa dimensão parece se constituir em guia fundamental ao novo processo de planejamento das ações aqui propostas, pela compreensão de que " a Obra somente se realiza quando as pessoas conseguem alcançar-se à condição de sujeitos habilitados a lidar com os constrangimentos do contexto para, a partir desses limites impos-



tos' pela realidade, construir algo de que se orgulhem. No caso da saúde, o processo de reabilitação ou de produção de saúde, reinventado a cada dia" (Campos, 1997: 236).

Finalmente, vale destacar que as mudanças que estão em curso no interior do sistema educacional e de saúde, decorrentes das reformas dos dois setores, atingem profundamente o "que fazer e como fazer" do professor, do serviço ou da academia. Somos uma geração formada pela lógica disciplinar e assim aprendemos a organizar nossos currículos e nossas ações pedagógicas. Fomos também formados tendo uma referência forte do planejamento da vida e do trabalho e nossas práticas refletem essa formação. Mas somos também contemporâneos das lutas que resultaram na criação do SUS e estamos vivendo cotidianamente a sua transformação. Somos, portanto, históricos e produtivos inconformados com o envelhecimento das práticas institucionais e profissionais, que empobrecem o trabalho e desconsideram os requerimentos renovados a cada dia pela sociedade. No sistema educacional ou na saúde, esses são desafios que precisamos enfrentar. Investir na mudança da prática docente, dados os elementos da conjuntura discutida por esse trabalho, é dever de todos e de cada um, e é um investimento inadiável para os que, exercendo o papel de gestores ou de educadores, querem contribuir, através de suas atividades, para a construção de um sistema de saúde acessível, qualificado, sensível e humanizado.

328

Uma proposta de agenda

A despeito das limitações quanto à definição de pontos prioritários para a discussão sobre as questões apontadas no texto, consideramos pertinente relacionar pontos importantes que poderiam contribuir para a renovação dos processos de formação e de educação em serviços para os profissionais de saúde, que poderiam integrar as agendas de órgãos, grupos e entidades dedicadas a essa questão:

1. Apropriação e valorização da "flexibilidade" da reforma educacional instalada com a Lei de Diretrizes e Bases da



Educação - LDB para a construção e pactuação de currículos para formação de técnicos e profissionais de nível superior balizados pelo contexto e pela concepção de saúde que toma por princípio a Reforma Sanitária e como estratégia a reordenação setorial por meio da consolidação do Sistema Único de Saúde;

2. Estabelecimento do paradigma da promoção da saúde como eixo condutor e articulador dos processos educativos para os diferentes níveis da educação profissional em saúde, estreitando sua relação, inclusive com a formação de especialistas;

3. Incentivo à organização de processos de educação permanente para todos os trabalhadores do SUS, adequados à sua inserção profissional e às necessidades do SUS, através de educação presencial ou à distância;

4. Incentivo e apoio à formação de redes de instituições formadoras de recursos humanos;

5. Profissionalização dos gestores de recursos humanos do SUS, qualificando-os para o planejamento e execução descentralizada de políticas de recursos humanos que valorizem a transformação dos profissionais de saúde em sujeitos envolvidos com a defesa de um atendimento de qualidade e humanizado;

6. Incentivo aos processos de acreditação institucional de escolas que formam trabalhadores para o setor saúde, tanto de nível superior como de nível médio, induzindo à formação profissional contextualizada, com qualidade técnico-científica, com compromisso ético e adequada à resolução dos problemas de saúde loco-regionais. Apoio à discussão sobre certificação de competências.

7. Valorização dos serviços de saúde que se proponham a desenvolver processos de educação permanente de seus trabalhadores voltados à inversão do modelo assistencial e à consolidação do SUS.



8. Produção e divulgação para todos os níveis do sistema de saúde, de experiências com a implementação de novas metodologias de ensino/aprendizagem aplicadas à formação em saúde.

9. Incentivo às formas de administração de pessoal que privilegiem o desenvolvimento profissional e gerencial, em substituição à tradicional discussão sobre PCCS, introduzindo a discussão sobre mecanismos de remuneração variável com critérios de resultados, de caráter complementar à remuneração fixa, estabelecida pelo vínculo do trabalhador.

10. Discussão permanente das temáticas aqui abordadas, no interior das câmaras técnicas de recursos humanos, com vistas à renovação das práticas de ensino.

Bibliografia citada

- BRASIL. Ministério da Saúde - *Programa Nacional de Educação e Qualificação Profissional na Saúde* - Brasília/DF, fevereiro, 1997.
- BRASIL. *Termos de Referência para desenvolvimento dos sub-temas da 11ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília,DF, 2000
- CAETANO, R. *A Imagem em Progresso: Estudo da Trajetória Tecnológica do Tomógrafo Computadorizado* Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 1996.
- CAMPOS, Gastão Wagner. *Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde*. In: *Agir em Saúde :um desafio para o público*. p.p.229 a 266. S.Paulo: Ed.Hucitec / Buenos Aires: Lugar Editorial,1997
- DEJOURS,C. *A Loucura do Trabalho*. Editora Cortez- Oboré. 5ª edição, São Paulo, 1992(A)
- *Uma Nova Visão do Sofrimento Humano nas Organizações* in: CHANLAT,J.F. (Org) *O indivíduo na Organização: Dimensões Esquecidas*. Editora Atlas, São Paulo. 1992(B)
- DEJOURS, C, ABDOUCHELI,E. *Itinerário Teórico em Psicopatologia do Trabalho*. tradução: GLINA,D.M.R., in: *Prévenir*, nº 20. Paris,1990
- DELUIZ, N. *A Globalização Econômica e os Desafios à Formação Profissional* - Boletim Técnico do SENAC 22(2) maio/agosto Rio de Janeiro, 1996.
- DELUIZ, N. *Formação do Trabalhador: Produtividade & Cidadania* - Rio de Janeiro: SHAPE Editora, 1995.
- LARANJEIRA, S. *Qualificação* in: CATTANI, A.D. (org) *Trabalho e Tecnologia - Dicionário Crítico* - Petrópolis/R.J.: Editora Vozes, 1997.
- NOVICK, M. *División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud* - OPS/OMS. WASHNIGTON D.C., 1996.
- PEDUZZI, M. *Painel: Mudanças Tecnológicas e seu Impacto na Processo de Trabalho em Saúde. Texto elaborado para o Seminário: A Formação Técnica em Biotecnologia: Perspectivas no Mundo do Trabalho*. EPSJV/FIOCRUZ, Rio de Janeiro - 21 e 22 de maio de 1997.
- VALLE, R. *Mudanças Tecnológicas na Indústria e seus Efeitos sobre o Trabalho* Texto elaborado para o Seminário: *A Formação Técnica em Biotecnologia: Perspectivas e Tendências no Mundo do Trabalho*. EPSJV/FIOCRUZ, Rio - 21/22 de maio, 1997.
- ZARIFIAN, Philippe. *Objective Competence*. Liason.Paris,1999

Bibliografia Comentada

- NUNES, Tânia Celeste. *A Especialização em Saúde Pública e os Serviços de Saúde no Brasil de 1970 a 1989*. Tese para obtenção do título de doutorado em Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ- 194 pp .Rio de Janeiro - Brasil, 1998
- MARTINS, Maria Inês. *A Qualificação De Trabalhadores De Saúde No Contexto Das Mudanças Tecnológicas* . Projeto apresentado no exame de qualificação de doutorado em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social Universidade do Estado do Rio de Janeiro IMS/UERJ, Rio, 1999





Índice

Reforma do Estado e o Setor Saúde:
a experiência brasileira da última década. 03

**TEMA I – AVALIAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NOS 10 ANOS DO SUS:
A CONSTRUÇÃO DO ACESSO, QUALIDADE E HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE 21**

Balanco de experiências de controle social para além dos conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde brasileiro: construindo a possibilidade da participação dos usuários. 23

Cidadania e formas de responsabilização do poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde. 43

Acesso, qualidade e humanização em saúde: responsabilidades do Legislativo e Judiciário. 57

Gestão, profissões de saúde e controle social. 83

Ministério público: reforço do poder da cidadania e do controle social. 101

TEMA II – FINANCIAMENTO E RESPONSABILIDADE DAS 3 (TRÊS) ESFERAS POLÍTICO-ADMINISTRATIVAS PARA GARANTIR ACESSO, QUALIDADE E HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE COM CONTROLE SOCIAL. . . . 117

Financiamento da atenção à saúde no Brasil. 119

Critérios para repasse dos recursos federais/ papel redistributivo dos governos Federal e Estadual no financiamento da saúde. 139

Alocação de recursos para promoção e proteção da saúde, prevenção e controle de doenças e agravos, e para a qualidade e humanização do atendimento. . . . 157

Remuneração dos prestadores diretos de ações e serviços de saúde: do financiamento de interesses privados à garantia de qualidade, acesso e humanização. 169



Gestão de recursos: atendendo às
necessidades sociais e avaliando resultados. 197

Relações de responsabilidade entre os gestores
do SUS: perspectivas para a garantia do acesso,
qualidade e humanização da atenção. 215

**TEMA III – MODELO ASSISTENCIAL
E DE GESTÃO PARA GARANTIR ACESSO,
QUALIDADE E HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO
À SAÚDE COM CONTROLE SOCIAL. 233**

Determinantes das condições de saúde
e problemas prioritários no país. 235

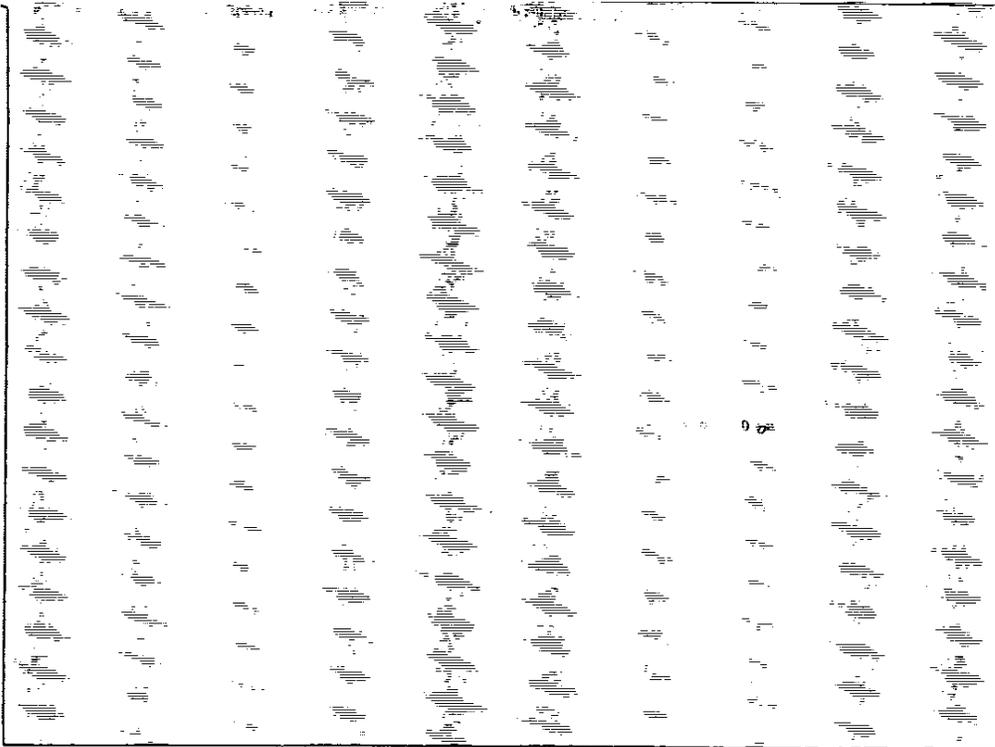
Modelos de atenção voltados
para a qualidade, efetividade, equidade
e necessidades prioritárias de saúde. 261

Regionalização da rede de ações e serviços
como condição para garantir a equidade no acesso. . . 283

Sistemas de informação, captura da diversidade
dos problemas de saúde e contribuição dos diferentes
campos de informação e conhecimento para o
planejamento, gestão, cuidado e proteção à saúde. . . . 297

Proposições e estratégias de transformação
dos recursos humanos em profissionais de
saúde comprometidos com um sistema de saúde
acessível, qualificado, sensível e humanizado. 313





 **MINISTÉRIO
DA SAÚDE**

 **GOVERNO
FEDERAL** 

Trabalhando em todo o Brasil