

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS/OMS)

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – SAS
MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL

série técnica

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

1. PROCESSOS DE DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Documento Analítico

2. SEMINÁRIO: O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A REGIONALIZAÇÃO

3. SEMINÁRIO: PERSPECTIVAS PARA A DESCENTRALIZAÇÃO
E REGIONALIZAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Secretaria
de Assistência
à Saúde



APRESENTAÇÃO

A Organização Pan-Americana da Saúde — OPAS, em seus 100 anos de fundação, vem contribuindo com o processo de consolidação de um sistema de saúde democrático, promovendo ações multisetoriais e integrais que visam a equidade e a melhoria de políticas e serviços públicos de saúde. Assim, o Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/OPAS lança a Série Técnica, que propõe divulgar produtos elaborados nos últimos anos, quais sejam: documentos analíticos, relatórios de reuniões e seminários, pesquisas e estudos desenvolvidos pelo Projeto, dentre outros.

Espera-se, então, dar maior visibilidade aos produtos concretos advindos da cooperação técnica, objetivando efetivar e contribuir para a construção do Sistema Único de Saúde.

O conteúdo desta publicação poderá ser citado ou reproduzido sem restrições, sempre que se indique a fonte e se faça referência bibliográfica.

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS)

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – SAS
MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL

série técnica

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

1. PROCESSOS DE DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Documento Analítico

2. SEMINÁRIO: O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A REGIONALIZAÇÃO

3. SEMINÁRIO: PERSPECTIVAS PARA A DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE



**BRASÍLIA – DF
2002**

1ª Edição – 2002
Elaboração, distribuição e informações
Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
Setor de Embaixadas Norte, lote 19
70800-400 Brasília – DF
www.opas.org.br
Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/OPAS
Coordenador do Projeto:
Dr. Juan Eduardo Guerrero
www.opas.org.br/serviço
Apoio técnico e administrativo:
Luciana de Deus Chagas
Rosa Maria Silvestre
Revisão:
Manoel Rodrigues Pereira Neto
Capa, Projeto Gráfico e DTP:
Wagner Soares da Silva
Tiragem:
500 exemplares

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação da Organização
Pan-Americana da Saúde – Representação do Brasil

Organização Pan-Americana da Saúde.
Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços
de Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília. 2002.
116p.: il.

Conteúdo: 1. Processo de descentralização da Saúde no Brasil:
documento analítico – 2. Seminário: o sistema único de saúde e a
regionalização – 3. Seminário: perspectiva para a descentralização e
regionalização no sistema único de saúde.

ISBN

1. Serviços de Saúde – Brasil. 2. Sistema Único de Saúde –
descentralização. 3. Sistema Único de Saúde – regionalização. I.
Organização Pan-Americana da Saúde. II. Título: Processo de
descentralização da Saúde no Brasil: documento analítico. III. Título:
Seminário: o sistema único de saúde e a regionalização. IV. Título:
Seminário: Perspectiva para a descentralização e regionalização no
sistema único de saúde.

NLM: W84

SUMÁRIO

1. Processos de Descentralização da Saúde no Brasil – Documento Analítico <i>Autores: Flavio A. de Andrade Goulart e Lucinéia Moreli Machado</i>	5
2. Seminário: O Sistema Único de Saúde e a Regionalização <i>Autores: Flavio. A. de Andrade Goulart e Lucinéia Moreli Machado</i>	29
3. Seminário: Perspectivas para a Descentralização e Regionalização no Sistema Único de Saúde <i>Autores: Flavio. A. de Andrade Goulart e Lucinéia Moreli Machado</i>	67

1.

PROCESSOS DE DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Documento Analítico

Autores: Flavio. A. de Andrade Goulart Professor Titular do Departamento de Medicina Social da UnB

Lucinéia Morely Machado: Mestranda em Política Social do Departamento de Serviço Social e Política Social da UnB

■ INTRODUÇÃO

O presente documento foi elaborado a partir das exposições e debates dos seminários de regionalização realizados pela SAS/MS com apoio da OPAS em outubro de 2001 e janeiro de 2002, da leitura de documentos técnicos diversos, de entrevistas concedidas por pessoas da equipe técnica e consultores da DDGA/SAS, bem como das observações pessoais do autor. Foram utilizados também textos publicados ou disponíveis em *sites* oficiais.

Este texto representa um produto de consultoria à OPAS, definido contrualmente como *Documento analítico sobre o processo de descentralização da saúde no Brasil*. Trata-se, neste momento, de uma versão preliminar do produto referido, discutido apenas parcialmente e com interlocutores da esfera do MS e da OPAS. A proposta é que, a partir da presente versão, possa a interlocução com estes e outros atores ocorrer de forma mais abrangente e sistemática para que seja traduzida em acréscimos qualitativos às idéias aqui expostas.

Sua apresentação obedece à seguinte ordem:

- a. ganhos possibilitados pela NOAS;
- b. os desafios desencadeados pela NOAS;
- c. situações ainda pendentes face à implementação da NOAS;
- d. propostas e encaminhamentos.

■ OS GANHOS POSSIBILITADOS PELA NOAS

Alguns aspectos gerais e introdutórios podem ser postos em destaque, como, por exemplo, a vigência de mudanças em um verdadeiro ambiente de conflito, mas com o

sentimento também de forte adesão dos parceiros estaduais e municipais, em busca da solução de problemas históricos do sistema de saúde. Os eventos organizados pela SAS/MS com apoio da OPAS em outubro de 2001 e janeiro de 2002, em Brasília, traduziriam assim a estratégia de um movimento e de um processo político. O avanço da adesão de municípios à gestão plena no Brasil é considerado fato consumado, e neste aspecto, os atores presentes nos eventos confirmaram amplamente tal tendência.

Reconhece-se, também, o setor saúde como aquele que mais tem avançado no País, inclusive em termos de gestão e de controle social, resultado de uma autêntica construção coletiva. Constatam-se avanços amplos com os processos desencadeados pela discussão e pela implantação da NOAS, com uma perspectiva de ação que não é mais autonomista e liberal do ente local, como já ocorreu no passado. Sem dúvida, um grande grupo nacional de gestores das três esferas está cada vez mais orgânico e vem ajustando suas diferenças de visão através de um processo de interação e trabalho.

Como ganhos efetivos possibilitados pela implantação da NOAS, destacam-se, entre outros:

1. avanços alcançados no processo de construção de uma rede regionalizada, conforme previsto nos PDR, do que é prova do fato de que cerca de dois terços das SES já enviaram para a SAS uma primeira versão deste documento, mesmo informal, e de que algumas delas já contam com a aprovação da CIB e do CES para seus planos.
2. Embora o prazo decorrido (em outubro de 2001) fosse apenas de nove meses da publicação da NOAS, já se haviam alcançado objetivos importantes, configurando-se como realidade concreta e incorporada aos processos de gestão por parte das equipes gestoras estaduais e municipais na maioria das regiões do País.
3. A reconhecida inovação de finalmente se começar a fazer algo em busca de mudanças no panorama da organização da assistência em bases regionalizadas e contemplando as questões de referência.
4. A adesão de números significativos de municípios importantes do ponto de vista político e demográfico.
5. O passo realmente importante que se deu para que os princípios básicos do SUS fossem operacionalizados.
6. A existência de um grande grau de consenso no País sobre as questões despertadas pela discussão da NOAS, fato confirmado amplamente pelas manifestações isoladas e oficiais de representantes do CONASS e do CONASEMS, confir-

mando um grande movimento pela descentralização no País, com a superação de uma etapa de mera discussão no rumo de uma real implementação de mudanças.

7. O desenvolvimento de instrumentos que provocaram os gestores a exercer o seu papel.
8. Uma Norma que, como tal e mesmo sendo compartilhada, não produz mudança direta; o que conta são os processos de discussão e transformações sucessivas, com envolvimento dos diferentes atores em busca de inovação e sua manutenção; «uma grande oportunidade dos Estados repensarem seu papel no SUS». Em outras palavras: ela não pode ter efeito total e imediato, como nenhuma norma, aliás; o caráter progressivo é a regra, até pelas características da própria realidade.
9. Embora a questão da complexidade da assistência ainda mereça aprofundamento, a atenção básica, foco de luta no passado, é hoje um problema bem encaminhado; na média complexidade há um processo de construção que vem sendo positivo, no sentido de organizar o sistema e seus diferentes níveis de complexidade.

Face à questão sucessivamente levantada a respeito do «tempo político», destaca-se que, na verdade, o ano de 2001 é especial, por não ser ainda um ano eleitoral, como é o caso de 2002. Neste as mudanças serão, sem dúvida, mais difíceis. O processo da NOAS já trouxe muitos benefícios, até mesmo alguns inesperados, pois provocou mudanças nas estruturas das SES, possibilitando novos métodos de trabalho e maior participação dos COSEMS nos debates.

Além desses avanços possibilitados diretamente pelo processo de discussão e de pois de implementação e avaliação preliminar da NOAS, podem ser registrados também alguns ganhos «sistêmicos», derivados diretamente desse processo ou mesmo da etapa presente da implantação do SUS no País, considerando-se também a ocorrência de outros processos normativos, gerenciais e políticos em vigor no campo da saúde. Assim, pôde ser registrada uma sinergia entre os sistemas e a rede de serviços, superando uma fase em que a discussão se concentrava apenas em relações entre esferas de governo e mesmo assim carregada de tensões relacionadas a «quem detém tal ou qual serviço». A discussão passa a ser, assim, relativa à saúde ou à rede de serviços, deixando de lado aspectos, por assim dizer, colaterais. Isto representa, sem dúvida uma tendência de amadurecimento político, administrativo, técnico, etc. Acrescente-se a isso a dinâmica e a dimensão que a questão da rede de serviços possui no Brasil, com o inédito grau de descentralização que aqui se obteve, inclusive em termos mundiais.

O «exercício de vocações municipais» em saúde também pode ser considerado um fato expressivo nestes novos tempos, conforme demonstrado pelas «migrações» de gestores municipais, de situações mais simples a outras mais complexas, reveladas pela pesquisa de avaliação da GPSM. Por outro lado, trata-se de não só de cada vez mais municípios em GP, mas fundamentalmente de gestões cada vez mais «robustas».

Destaca-se também o fato histórico inédito no País de que é a primeira vez que se tem um levantamento das necessidades de investimento, pelo menos nos extratos básico e médio da atenção, o que vem a ser uma decorrência direta do novo processo de planejamento regionalizado e pactuado.

Além dos ganhos diretos e daqueles de caráter sistêmico, há que se destacar os desdobramentos favoráveis que atingiram outras áreas do sistema de saúde. Assim, por exemplo, na capacitação dos gestores as diferenças possibilitadas são consideradas muito positivas, da mesma forma que o fortalecimento das estruturas regionais de saúde, que por sua vez fomentaram a capacitação dos municípios. Assumir a GPSM teria sido o fator preponderante para estes avanços.

No caso dos PDI, admite-se que este é um primeiro momento, que ainda representa um exercício em busca de conhecer melhor a realidade, mas que já gerou um desdobramento importante, que é a portaria do MS que direciona as emendas parlamentares.

Sobre as Centrais de Regulação, admite-se que sua criação representa um ganho e uma necessidade concreta do sistema e que as mesmas vêm a consolidar a posição dos gestores, com maior garantia de acesso para os usuários, entre outras vantagens.

Os presentes processos permitiram ainda o envolvimento formal e pactuado das três instâncias de governo, o que tem gerado uma excelente oportunidade de pensar a assistência e o processo de avaliação, já que existe relativa deficiência de rotinas consistentes de avaliação nos serviços e que é preciso incentivar o hábito da avaliação, que também deve ser um processo pactuado, capaz de refletir a qualidade e a resolutividade da assistência.

O MS deixou claro que está trabalhando em busca de consensos para dar suporte aos desdobramentos do atual processo, mas considera que está mais fácil discutir tais questões na atualidade do que há um ano.

■ OS DESAFIOS COLOCADOS PELA IMPLANTAÇÃO DA NOAS

O debate em curso é bastante rico em *constatações* e *diagnósticos* de situação, conduzido com marcante aprofundamento analítico, típico de quem conhece e vive intensamente a realidade dos serviços de saúde.

NOAS para que? – eis o que poderia ser colocado como pergunta de partida. Algumas respostas parecem consensuais: aumentar capacidade do gestor; ampliar e qualificar a atenção básica; levar os cuidados de saúde de forma mais próxima às situações de risco; racionalizar e aprimorar a assistência (por exemplo, nas internações e emergências, através da organização da base do sistema); aumentar a resolutividade; reduzir mortalidade evitável etc. A eliminação da discriminação interna é outro dos desafios que a NOAS enfrenta.

Admite-se, como já se viu, que a NOAS trouxe inúmeros benefícios para o sistema de saúde, até mesmo alguns inesperados, como o fato de ter «mexido» na estrutura das SES, possibilitando novos métodos de trabalho e maior participação dos COSEMS nos debates referentes à condução da gestão do sistema. A NOAS realmente parece ser um passo importante para que se possa garantir que os princípios básicos do SUS sejam operacionalizados. Assim, é natural que a implementação da mesma não seja isenta de muitos conflitos e debates, mas mesmo assim há evidências de que o atual processo é de avanço e de que existe um grande grau de consenso no País sobre as questões despertadas por tal discussão. Faz parte certamente do processo de operacionalização do SUS, particularmente do atual momento de implementação da NOAS, o fato de que os agentes da descentralização, no caso os estados, alcançarão seus resultados em ritmos distintos, que é preciso reconhecer e qualificar.

Uma discussão significativa, particularmente no debate de outubro foi a do comando único, fruto de uma polarização entre a visão do CONASS e a do MS. Este princípio foi, aliás, considerado defensável em todos os níveis de governo, sem dúvida, mas deve obedecer ao que está disposto e acordado, por exemplo, nas CIB. Pondera-se que não seria possível mudar a Constituição, que prevê tal dispositivo, simplesmente por regulamentos setoriais. Esta discussão remete às formas de partição dos recursos, as quais espera-se que sejam isonômicas, levando-se em conta a capacidade instalada e as necessidades da população. Neste aspecto, a vigência da Emenda 29 é alvissareira, mas destacou-se que os estados provavelmente vão ter maior dificuldade em cumpri-la do que os municípios.

No que diz respeito ainda ao comando único, este pode ser um conceito com diferentes alternativas de operação. O que não pode existir, e nisso a NOAS é enfática, são dois gestores em uma mesma realidade. A representação do MS frisou que, se permanecerem as regras da NOB 96, como alguns parecem desejar, não surgirá o verdadeiro comando único, o que certamente não é a melhor opção. O que importa é que a diretriz do comando único que não venha a ser sinônimo de «caixa único» Há, sem dúvida, numerosas divergências sobre a NOAS, além dessas, no âmbito do CONASS, por exemplo.

Pondera-se, contudo, que torna-se preciso escutá-las em busca de alternativas para as mesmas; seria realmente muito difícil encontrar um modelo único de norma na realidade complexa do Brasil.

A NOAS deve ser encarada apenas como o início de um processo, e é preciso continuar discutindo também outros temas, como equidade, integralidade etc., antes de se encerrar definitivamente um autêntico ciclo histórico. No caso, freqüentemente lembrado, das transferências espontâneas ou provocadas de pacientes entre estados, relembra-se que a NOAS não fornece mecanismos para fazer algum «fechamento de fronteiras», além de carecer de aperfeiçoamento nas formas de alocação de recursos. Reconhece-se avanço, contudo, na definição de tetos municipais e também de responsabilidades sobre recursos, com a conseqüente melhora no desempenho das referências. Dentro de tal visão de *processo*, o MS continua trabalhando em várias frentes na questão da regulação, mas evidentemente não consegue realizar tudo o que é necessário e ao mesmo tempo, até porque trabalha muitas vezes com hipóteses apenas provisórias. Na verdade, é preciso reconhecer que ainda não existe consenso sobre alguns pontos importantes. É preciso estar atento para o sentido que tal processo revela em sua complexidade. Assim se constrói uma «metáfora do mosaico» (Tasca), na qual a variabilidade deve ser aceita, já que a perfeita simetria não seria o caso mais esperado em uma realidade tão complexa. É algo a ser tolerado, mas carece de monitoramento, pois podem se desenvolver distorções.

O ritmo de implantação que se conferiu à NOAS, objeto de alguns questionamentos, é assumidamente rápido. A elaboração dos PDR em praticamente todos os estados não só é marco de um avanço enorme, mas também confirma resposta ao ritmo empreendido pelo MS. A expectativa é de que era preciso começar a caminhar e assim chegar onde fosse possível. Mesmo que não se obtenham 100% das metas previstas em 2002, ainda assim o ganho terá sido enorme. Insiste-se em um aspecto marcante, que deve referenciar as análises dos processos de descentralização, que diz respeito à simultânea velocidade das mudanças sociais e tecnológicas verificadas contemporaneamente.

Encarece-se que esta não é meramente uma norma do MS, mas sim um instrumento pactuado nas três esferas de governo, que atingiu o que foi *possível* no momento político do País. Parece claro que, na diversidade da realidade nacional, o avanço se dá de forma de diferente em cada estado e em cada município ou região, mas aceita-se que não haverá regras que darão conta de tudo. Neste aspecto, a norma é apenas uma ferramenta para dar apoio a todo este processo. As diferenças devem ser reconhecidas e aceitas, como é o caso de PE, MT e outros estados, que defendem um projeto com características diferentes em termos de regionalização. O importante é

que eles têm dado conta de mudanças nos indicadores. O MS revela estar aberto para essas discussões, sempre junto com a SES, pois nem sempre seria possível trabalhar diferentemente com os municípios. O ministério reconhece, também, que ainda não se adequou às novas funções dele exigidas e que tem que se reorganizar para tanto. Da mesma forma, o mesmo se espera das demais esferas de governo, que também devem se reorganizar para dar conta de suas novas funções.

Quando se analisa o processo brasileiro de regionalização em perspectiva comparada, porém, alguns pontos polêmicos relativos à NOAS podem até ser acusados de serem muito centralizadores ou constituírem mera resposta burocrática dos governos. Estas afirmativas não raramente escondem motivações políticas e ideológicas e conduzem a uma discussão na verdade estéril. O caráter de instrumento até certo ponto «neutro» que a NOAS possui deve ser bem compreendido, podendo ser até mesmo revertido, pois o panorama é o de uma discussão dentro de uma sociedade democrática. Importa questionar sobre qual desenho social e institucional ela se implanta. Neste aspecto, questões culturais como a abrangência da visão dos gestores e seu compromisso com o bem comum devem ser enfatizadas, pois são importantes.

Não são poucos nem mesmo irrelevantes os riscos assumidos com a implantação da NOAS. Em primeiro lugar, porque reformas não se fazem de cima para baixo. Reformas, como a atualmente proposta, constituem acima de tudo *oportunidades* que alcançam diferentemente os atores: para uns, elas são geradoras de movimentos de avanço; para outros, podem até atrapalhar o andamento do sistema. Acima de tudo é preciso ter clareza de que o novo sistema que se pretende construir deve conviver com o velho em andamento. Entre os riscos destacados está a disponibilidade de implantação de forma até certo ponto «violenta» e sem o devido consenso por parte dos atores envolvidos – mas este não parece o ser o caso presente. A criação de um «sistema monstruoso» que elimina que existia de bom anteriormente, sem que o novo seja implantado, é outra possibilidade não totalmente descartada. Outro aspecto é a vigência de atitudes apenas burocráticas nas mudanças – este certamente é o maior risco que o processo atual vai enfrentar. Se apenas alguns estados o fizerem, não se comprometerá o processo, podendo tal fato ser considerado apenas como uma forma de se ganhar tempo para a concretização das mudanças.

O processo de avaliação foi enfatizado como um dos avanços propiciados pela NOAS. Um ponto sem dúvida crucial é o de que se trata de uma ação politicamente delicada, já que pode gerar fortes reações por parte dos gestores envolvidos, ao se sentirem esvaziados de poder ou avaliados negativamente, por exemplo. Isto poderia inclusive levantar acusações de discriminação política e abrir uma crise entre os parceiros do sistema.

Entretanto, a necessidade de avaliar gerou a oportunidade da formação de um grupo com três instâncias de governo, que já traz como resultados o aprofundamento dos processos de assistência e de avaliação do sistema. Reconhece-se a relativa inexistência de rotinas consistentes de avaliação nos serviços e que é preciso realmente incentivar uma cultura de avaliação. O CONASEMS, por exemplo, reconhece que o processo de avaliação é realmente imprescindível, mas deve ser também um processo pactuado, que reflita a qualidade e a resolutividade da atenção básica, com a necessidade adicional de se fazer escolhas coerentes neste sentido, com o uso de indicadores adequados e coerentemente elaborados. Há consenso de que os gestores não podem ser avaliados apenas através de dados numéricos; os indicadores também devem ser voltados para a oferta de serviços e a resolutividade, pois o processo saúde-doença é sobremaneira complexo e envolve muitas outras questões. A simples desabilitação de municípios considerados de baixo desempenho no cumprimento da norma não resolve a questão, pois, se existem dificuldades, é imprescindível o apoio a estes gestores.

No tópico dos diagnósticos e constatações, algumas outras questões foram abordadas. Por exemplo, a *superoferta* de serviços, apontada por alguns e que parece ser um problema apenas residual no Brasil. Neste aspecto, é preciso considerar que municípios maiores são também referências de áreas amplas, e a questão nesses casos é mais de organização de fluxos, com monitoramento de acesso. Admite-se que há muito a fazer nesta área, o que inclui, por exemplo, o desenvolvimento de novas metodologias. Os critérios de *alocação dos recursos* são outro ponto de permanente tensão. A capacidade de vocalização dos municípios e regiões, às vezes apontada como uma distorção dentro do sistema, foi defendida em sua legitimidade de ser também um dos determinantes da alocação, pois faz parte do processo democrático. Não se pode perder de vista um caráter até certo ponto «experimental» nessa alocação, desde que se procure acertar, mesmo por tentativa e erro, cuidando-se para que não sejam cometidos erros fatais e mantendo-se o caminho correto, dentro do que sempre tem sido um processo de caráter pluralista e mesmo contraditório. A discussão e a reivindicação de *aumento de recursos* é outro ponto de destaque. Alguns chegam a considerá-lo um verdadeiro «assunto tabu» para o MS, pois são muito onerosos os procedimentos de média e alta complexidade. O tema desperta desdobramentos complexos, como, por exemplo, a possibilidade de retirada de recursos da média complexidade, inviável, entretanto, por constituir-se esta um autêntico suporte da atenção básica; a necessidade crescente de recursos, dado o envelhecimento da população, além de outros tópicos.

A questão dos prazos conferidos pelo MS para o cumprimento da apresentação dos instrumentos da NOAS é outro ponto de tensão, particularmente no âmbito dos muni-

cípios. Reconhece-se a necessidade de contemplar os gestores em diferentes etapas do processo, já que a heterogeneidade é muito grande.

O fortalecimento da gestão estadual, outro tópico frequentemente abordado nos debates, pode ainda não estar encontrando na NOAS os instrumentos suficientes para que aconteça de fato. Neste contexto é que surge proposta do CONASS referente à gestão das referências, procurando desenvolver mecanismos mais seguros e adequados ao presente momento do processo de descentralização, visando também equacionar a polêmica da prática do comando único, que ainda não é objeto de consenso entre as SES, dadas as diferentes realidades políticas e institucionais vigentes nos estados.

O transcurso de um ano eleitoral em 2002 levanta muitas preocupações. O consenso de que este fato dificulta, mas não inviabiliza o processo de implantação e avaliação, embora exija certamente um acompanhamento muito maior. Trata-se de uma ameaça que deve ser revitalizada, pois faz parte da democracia ou, como lembrou Armando Raggio, *nada indica que os serviços de saúde durante a ditadura, quando não havia eleições, fossem melhores do que os atuais*. O risco das eleições foi levado em conta pelo MS, segundo seus dirigentes. Registra-se também a compensação de que a «demora» verificada no deslanche do processo na verdade favoreceu a maturidade do mesmo, permitindo evidenciar e aplainar as diferenças existentes entre estados, que existem de fato, por exemplo, em termos de cultura, tradições, situação política etc., e não podem ser simplesmente relevadas. Certamente a evolução do processo vai ser diferenciada em cada UF, pois os atores são diferenciados – as SES na verdade não são os únicos atores – e nem todos assumiram a NOAS como um projeto político, até porque podem ter projetos diferentes, sem deixarem de ser conseqüentes. O importante é que se ajustem à NOAS; de parte do MS existe predisposição à formação de alianças com os estados, que podem acontecer em função de cada situação. O caso do estado do ES, reiteradamente levantado é na verdade especial, pois deriva de uma crise política e de governabilidade mais ampla, conforme é de amplo conhecimento.

É reconhecida a necessidade de muitas definições ainda por fazer e executar, para que se possa falar realmente de uma *reordenação* do sistema. Sem dúvida, entre os problemas no horizonte muitos são de natureza política, como é o caso das eleições, e assim devem ser encarados, em busca de sustentabilidade para as mudanças. Porém em cada realidade buscam-se soluções adequadas às condições locais, como é o caso do RJ, no qual houve a opção de desenvolver o processo de forma completamente ascendente, buscando sustentação compatível para tal. Esses são também os casos de MT e Pe, já citados.

Além disso, algumas considerações de índole cultural foram levantadas, como as traduzidas pela expressão de um prestador local de serviços do Paraná: – «Tem que internar para dar lucro». Esta pressão de prestadores, entretanto, deve ser analisada em termos mais globais e mais profundos, pois está claro que excessos de oferta podem gerar consumo exagerado, mas o problema maior ainda é o de carência de acesso. O SUS precisa avançar na regulação, que viabilizará um balanço entre as diferentes vontades: a de quem quer vender serviços *versus* aquela de quem possui necessidades de acesso aos serviços. Isto deveria ser equacionado mediante processos solidários de construção de normas, como é o caso da NOAS, mas sem se abrir mão do papel regulador do gestor.

Se, por um lado, o debate é rico em diagnósticos e constatações e possui cunho analítico evidente, por outro, o enunciado de *estratégias de ação* não lhe fica nada a dever. Abaixo, uma síntese das contribuições referentes a este tópico, organizadas pelo tema tratado.

Natureza dos desafios: podem ser *organizacionais, operacionais, tecnológicos, político-ideológicos, financeiros e institucionais* (R.Tasca). Destaca-se a necessidade e intercâmbios até agora inéditos entre os municípios, com a necessidade de criação e incremento de muitos instrumentos administrativos e organizacionais. A capacitação e o desenvolvimento de novas tecnologias de gestão e assistência, como é o caso dos protocolos, precisam ser implementados. Além disso, trata-se de um sistema que precisa avançar muito na prática da regulação. Um grande esforço ainda precisa ser desenvolvido para prover informação adequada aos seus usuários. Entre os desafios tecnológicos, destacam-se o de desenvolvimento de novos fluxos de informação e seu gerenciamento, com tecnologias apropriadas em termos de custos e resultados. A questão da absorção de impactos gerados pelas tecnologias deve ser sempre considerada. Do ponto de vista político e ideológico, importa aprofundar a questão do *desenho* em que se apóia o gestor: o que o orienta é a melhoria da saúde ou a opção pelo mercado? Acreditar no modelo em que se está investindo é fundamental. Há que se considerar a possibilidade de flexibilizações, até mesmo do pensamento mais liberal e, por que não dizer, de outras modalidades de pensamento? Torna-se necessário buscar em termo comum, e muito conhecimento neste sentido precisa ser produzido. O desafio principal, entretanto, é de natureza institucional e implica a revisão das missões institucionais e o encontro de outras lógicas de gestão, por exemplo, em relação à divisão de tarefas entre os níveis de governo, com novos papéis para os níveis centrais. Neste caso, a noção de «governança» deve orientar a ação, com processos comunicativos mais adequados, novas e efetivas estruturas de gestão para as estruturas de influência e referência nacional, através de agências, por exemplo, com mais flexibilidade etc.

Agenda política: defende-se a vigência de uma agenda única, clara e pactuada de prioridades, pois ainda há dificuldades por parte dos gestores estaduais e municipais, que muitas vezes não possuem equipes técnicas completas e capacitadas e enfrentam grandes dificuldades na gestão. A NOAS é, sem dúvida, uma resposta natural dentro da situação de acumulação de cenários da sociedade brasileira com toda sua complexidade. Entretanto, a situação apresentada na atenção básica é também preocupante, apesar de ser uma área de reconhecidos avanços. Assim, postula-se que não adianta apenas incentivar a AB, pois deve haver um modelo de cooperação com os estados e municípios nesta área, com capacitação específica e esforços para reverter a ênfase atual na formação de especialistas. A forma fragmentada de trabalhar a AB é tão evidente que, como exemplo, as Equipes de Saúde da Família ainda são capacitadas para programas. Da mesma forma, a discussão de critérios comuns de avaliação deve ser pactuada, mas é preciso melhorar a qualidade sem se esquecer a solidariedade dentro do sistema. A NOAS, neste aspecto, não pode ser (mais) uma camisa-de-força. As regras podem e devem ser adequadas, pois o País, apesar de ser muito diferente, é também muito «igual». Entretanto, é importante lembrar que a simples soma de 27 sistemas estaduais por si só não faz um sistema único, o que fortalece a idéia de que deve haver uma abertura muito grande para a diversidade, com saudáveis práticas de experimentação no sistema, embora não existam «receitas» para tanto. É consensual a necessidade de forte presença das SES na coordenação do processo de formação das redes de implementação da NOAS como um todo, mas não mediante interferência na autonomia dos municípios na tomada de decisões e sim de forma cooperativa. Como lembrou o secretário da SAS, é preciso deixar bem claro que uma SES ausente, omissa ou incapaz simplesmente inviabiliza o conjunto do sistema; ou seja, o desempenho de um papel «apagado» dos estados na gestão do SUS não favorece os municípios, ao contrário do que pensam alguns. O ano corrente, apesar de suas limitações, é considerado como adequado para aprofundar o que tem sido feito, com apoio dos parceiros estaduais e municipais. É também um momento de transição, no qual a consideração da heterogeneidade da realidade municipal deve estar presente, o que justificaria a ação muitas vezes intempestiva por parte do MS. O desafio de construção da agenda atua dentro de forças contraditórias: de um lado, sistemas que se desejam menos públicos e portanto não universais e não integrais; de outro lado, a implementação dos princípios constitucionais. Para agir dentro de tais campos de força opostos, é preciso dispor de «estofo político». Há que se considerar também que a descentralização só faz sentido quando associada com a formação de redes, o que implica cooperação e não competição entre os entes envolvidos. É objeto de consenso a afirmativa de que os recursos pertencem sempre ao cidadão e não propria-

mente aos gestores e é preciso alocá-los de forma equilibrada, pactuada e principalmente justa. Neste aspecto, a atual proposta tem sem dúvida caráter redistributivo, o que representa um avanço.

Da organização dos sistemas e serviços: a indagação chave ainda é: como regularizar fluxo de pacientes e garantir financiamento nas trocas entre estados? Uma das propostas da SAS é a Central Nacional de Regulação (CNR), organizada a partir de CR em cada estado ou município, ou pelo menos pela organização dentro de critérios mínimos, de setores organizados de controle e avaliação. Entretanto, reconhece-se que ainda é necessário um maior grau de aperfeiçoamento dos mecanismos e fluxos das referências dentro do SUS, com o desenvolvimento mais completo de um sistema de protocolos clínicos, no qual os procedimentos estejam bem definidos e sejam objetos de consenso geral. A Central de Regulação deve ser considerada um mecanismo de ampliação da oferta de assistência, sem impedimentos de que a clientela procure também encontrar outros caminhos para obter seu direito. Aliás, é fato notório que um grande número de pacientes fornecem endereço falso para ter acesso a atendimentos complexos. Se a tendência inequívoca é a de aumento da demanda por serviços complexos, a prática das CR deve ser de facilitar o acesso e evitar as barreiras, não a de simplesmente acrescentar obstáculos.

Para se avançar na regulação do sistema, torna-se necessário superar várias etapas, por exemplo, a de realizar PPI apenas por procedimento. É a capacidade de prover resposta às necessidades da população que deve ser considerada um autêntico *núcleo irreduzível* de todo o processo de regulação. A idéia de uma Central Nacional de Regulação deve, assim, ser trabalhada produtivamente, isto é, tendo esta regulação como um autêntico instrumento de inclusão social e também de equidade. Reconhece-se, entretanto, que este debate está ainda muito pobre, e pouco articulado, principalmente entre municípios e estados. É óbvio, também, que a relação entre municípios menores e municípios prestadores seja pautada por um princípio de justiça. Cumpre, ainda, que seja feito um processo pedagógico de convencimento, por meio de instrumentos adequados, sobre as vantagens da territorialidade aos pacientes e aos próprios gestores.

Sobre a gestão estadual das referências, objeto de polêmica, admite-se que é necessário preservar a atuação das SES, mas é preciso assegurar financiamento compartilhado e responsabilidade definida no gasto. Conclui-se que é fundamental que as SES gerenciem diretamente o dinheiro. As questões ligadas à gestão da alta complexidade foram abordadas com frequência e consideradas de *difícil solução*. Registra-se que o consumo das mesmas tende a ser crescente, particularmente entre as classes médias e formadoras de opinião. Além disso, como a inflação médica é uma realidade e, além disso,

o setor saúde ainda não determina de fato a incorporação de tecnologia, o problema da AC é algo bastante sério e ainda por equacionar. Mesmo em relação à média complexidade, há muita necessidade de equalização da oferta, pois os que já alcançaram determinado patamar de recursos não podem ser prejudicados. Da mesma forma, aqueles que eventualmente foram os «primeiros a chegar» não podem «levar tudo». Neste aspecto, cita-se como exemplo o caso dos pequenos municípios nas periferias dos grandes. A organização do sistema implica a diferenciação entre a capacidade de gestão *versus* a capacidade assistencial. É preciso continuar pensando no desenvolvimento de modelos de transição na vigência da NOAS, por exemplo, os consórcios. Recursos adicionais aos atualmente disponíveis é um tema recorrente: é preciso sinalizar em relação à definição dos mesmos, definindo-se, contudo, uma perspectiva de tempo para sua viabilização, já que existem expectativas dos gestores neste sentido.

Como lembrou o secretário de Saúde de MT, Julio Muller, talvez tenha se perdido «uma chance histórica» de se organizar os sistemas das microrregiões de forma integrada, envolvendo áreas para além da assistência, no caso a ações de saúde coletiva, principalmente considerando-se que o momento presente seria adequado para tanto, pois a FUNASA também está descentralizada. Assim, deve-se pensar em Planos de Saúde, que envolvam também este tipo de ação, avançando para a organização de um modelo realmente integral. Outra questão palpitante dentro deste tema foi a da organização e da confiabilidade dos sistemas de informação, face à diversidade da realidade dos municípios, destacando-se a necessidade de incremento de qualidade dos SIS, dadas as evidências de problemas ligados a bases de dados pouco precisas, alimentação inadequada etc. Também neste aspecto, as SES deveriam assumir um papel de facilitadoras do processo. Foi bastante destacada também a necessidade de se avançar também em questões historicamente complexas como política de RH, tratamentos fora de domicílio e controle e auditoria.

Em suma, o que se deve esperar da NOAS é a superção progressiva de algumas de suas deficiências, de forma a reordenar as eventuais defasagens de oferta, já que os parâmetros disponíveis ainda são vinculados à oferta e se dispõe de poucos elementos para ampliá-la.

Dos instrumentos da NOAS: ficou claro que depois de aprovado o desenho regionalizado da UF no PDR e definida a programação financeira (PPI) e de investimentos (PDI), vai surgir a necessidade de mecanismos de acompanhamento e de governabilidade sobre a rede assistencial regionalizada. A elaboração e experimentação de instrumentos confiáveis e eficientes de regulação, deve representar uma prioridade para os gestores já nos primeiros meses do 2002. Assim, o monitoramento contínuo é um grande desafio a ser enfrentado, e é preciso acumular as análises existentes até agora

com aquelas a serem realizadas no decorrer de 2002. O momento ainda é, portanto, de construção e aperfeiçoamento de instrumentos. Ainda há nós críticos a superar, como, por exemplo, a eventual divergência entre responsabilidades entre cidades pólos e satélites, de forma a evitar o fenômeno da «autofagia». O cadastramento e implantação do cartão SUS deve ser apoiado, pois representa possibilidade de mudança concreta dentro do sistema. Além disso, defende-se que os PDR e a própria PPI sejam elaborados e apresentados anualmente por todos os municípios e estados, independentemente da condição de gestão, dando-se transparência aos acordos de reorganização dos sistemas estaduais de saúde. Apresenta-se proposta em curso nos estados da região Sul, para que a PPI e o PDR sejam realizados em processo conjunto, o que constitui um grande desafio, sem dúvida. Registra-se que a alocação de recursos via PPI ainda é só de 50%, da mesma forma que se contemplam prioritariamente os «procedimentos» – nisto também é preciso avançar.

Do processo de avaliação: movimentos para avaliação não só relativos ao alcance da NOAS, mas também ao desempenho do sistema como um todo são unanimemente aceitos como necessários. É fundamental, por exemplo, que uma avaliação real de custos seja obtida, diante do constante desafio que é a garantia da integralidade da atenção. O acompanhamento da atenção básica merece destaque também, pois avaliá-la não é simplesmente avaliar o Programa Saúde da Família. É preciso ter em foco amplo conjunto de indicadores, que sintetizem e avaliem, por exemplo, Saúde da Família, Vigilância Sanitária, Atenção Básica – que formam um conjunto de ações que se potencializam. A prática da utilização de indicadores mínimos é relevante para avaliar a AB, mas um processo de integração de avaliação poderia ser melhor discutido pelos gestores, sob condução do Ministério da Saúde. A visível existência de várias agendas, inclusive para avaliação, denota uma certa desarticulação do MS. Defende-se o uso de dimensões combinadas para a análise da rede de saúde, o que implica que devem ser consideradas as questões das necessidades e não apenas da oferta, assim como o perfil sócio-econômico da população. Além disso, a avaliação da atenção básica deve ter como pressuposto que a mesma é a porta principal do sistema. Para a avaliação dos produtos, é preciso que sejam considerados os indicadores da situação de saúde e oferta de serviços, da mesma forma que se deve considerar a relação da atenção básica com os outros níveis do sistema, bem como sua capacidade de fazer referência ou receber uma contra-referência. Em tal processo, o perfil dos profissionais da AB é algo a ser considerado. Quanto ao acompanhamento do processo, o MS ressalta que não se deve ser demasiadamente condescendente na questão da AB; não que se defenda a desabilitação, mas sim que os municípios devem ter uma capacidade mínima de

cobertura assistencial. Assim, a proposta do MS é que não se deve qualificar os municípios com não-resolutividade em relação a situações elementares. O ministério tem recebido e absorvido muitas críticas quanto à pobreza dos indicadores até o momento utilizados, mas isso não autoriza a desqualificar a avaliação que já foi realizada – há que se enfrentar o problema aprofundando-se a avaliação, sem desprezar o que já se tem em mãos. Neste momento, a SAS/MS declara-se em condições de enfrentar a avaliação dos PDR, uma tarefa particularmente delicada e complexa, dado que envolve as relações entre o ministério e os estados. Manifestando-se preocupada com a dimensão da operação, a SAS/MS anuncia sua intenção de desenvolver critérios transparentes de análise. O CONASEMS, por sua vez, reconhece a existência de inúmeros fatores que dificultam a avaliação e manifesta-se bastante favorável a este processo, mas quer que sejam levados em conta indicadores ampliados, combinados de oferta de serviços e de gestão, para que se possa realmente conhecer a situação real e atual de todos os municípios. Pede-se ênfase, também, em avaliar a capacitação de servidores, já que, após os treinamentos, estes parecem continuar cometendo os mesmos erros.

Do financiamento da atenção: aceita-se que uma estimativa de quanto os orçamentos públicos gastam na AB revelaria se este item tem realmente a importância que se supõe. No caso do PSF, continua-se aguardando uma solução para seu financiamento. Para os desafios do financiamento, novas alternativas devem ser procuradas. É preciso, além do mais, ficar claro que os recursos para a assistência no País ainda não são suficientes e que existe grande pressão das necessidades não satisfeitas e que estes são fatores importantes no amadurecimento da discussão da NOAS. O caso do PDI é abordado, para deixar claro que os recursos envolvidos não podem continuar a ser vistos como formados exclusivamente por fontes federais, mas também estaduais. Outro tópico posto em destaque é o da inflação no setor saúde, que provoca distorções que trazem dificuldades nas programações. A mudança de critérios para definição de valores transferidos (via tabelas) poderia ser o caso, o que afetaria os municípios em GPSM que aumentaram a oferta de serviços (conforme confirma a pesquisa apresentada em janeiro), mas precisa ocorrer aumento de recursos também. Lembra-se ainda que a questão financeira e orçamentária na área da saúde não se resolverá somente pela vinculação, o que poderia assegurar apenas recursos mínimos. A garantia de alocação de recursos nas políticas sociais como um todo é outra questão ainda a ser equacionada, não estando garantida em sua totalidade, pois, reitera-se, o que se tem concretamente ainda é a insuficiência dos recursos. Em termos da PPI, defende-se a necessidade de clareza em relação aos recursos a serem oferecidos à população residente *versus* a população referenciada, para todos os municípios, independentemente

da condição de habilitação. Defende-se também que os processos de negociação e busca de consenso nas CIB precisam equacionar o balanço entre a necessidade e recursos disponíveis para todos os municípios.

■ SITUAÇÕES CONSIDERADAS COMO PENDÊNCIAS

Embora nem todos os tópicos incluídos sob esta denominação («pendências») possam efetivamente ser considerados assuntos típicos de um fórum de gestores com as características das reuniões realizadas em outubro e janeiro, e sim mais adequados, talvez, para uma pauta de CIB, como foi apontado pelo secretário Renilson Rehem e outros membros da equipe da SAS/MS, ainda assim foram registrados neste documento, para efeito de maior fidedignidade e amplitude deste relatório analítico.

Em primeiro lugar, foi aceita como correta a afirmativa de que a NOAS ainda está em construção e que o exercício da GPSM conta com diversas dificuldades que precisam ser solucionadas. Um aspecto palpável é o grande volume de portarias emitidas pelo MS, mesmo legitimadas pela CIT, mas associadas a uma enorme dificuldade acompanhamento por parte de um grande número de gestores.

O processo desencadeado pela discussão e implementação da NOAS mostra um sentimento geral de avanço do processo e, segundo o secretário da SAS/MS, a crítica feita de que está ocorrendo uma "recentralização" trata-se de um equívoco, produzido por desconhecimento da situação.

Um aspecto em que houve, reconhecidamente, pouco avanço foi o de uma adequada conceituação de *necessidades*, de acordo com a NOAS. Torna-se necessário esclarecer melhor esta questão. O chamado «tempo político» é um outro fator polêmico, embora possa ser considerado positivo no caso dos municípios que se encontram ainda no início de gestão dos prefeitos, ao contrário dos outros dois níveis de governo. As agendas de ação devem, naturalmente, levar em consideração tal fato. Não há dúvida, entretanto, de que houve em certos casos um verdadeiro «atropelamento» de gestores pela NOAS.

No que diz respeito ao papel dos estados, houve marcante divergência de opinião entre as representações municipais e a do CONASS, sem impedimento de que em outros pontos estivessem de acordo. Assim, os estados são ainda considerados por alguns como opositores dos municípios que tentam avançar para a GPSM, aspecto notório em muitas partes do Brasil. Há casos especiais de cumprimento moroso ou mesmo não-cumprimento dos dispositivos da NOAS, citando-se particularmente os casos do ES (onde a crise institucional é mais ampla do que a da área da saúde), do PE e da BA, entre outros, os problemas agravados especialmente no período eleitoral, com predomínio de práti-

cas de clientelismo, sem se ater às efetivas necessidades populacionais. Há um sentimento de que as SES ainda não estão entrando de fato no processo de regionalização descentralizada, por exemplo, no repasse de instalações, na alocação de recursos, etc. O clamor é de que as SES realmente venham a se envolver mais profundamente, inclusive na alocação de recursos, mediante uma mudança de uma cultura centralista, que se recusa a incentivar os municípios na direção da GPSM. Da mesma forma, a expectativa é que os estados também participem formalmente da GP e assumam as devidas prerrogativas. Quanto ao Tema da responsabilidade dos estados, insiste-se em que essa está suficientemente clara nas leis e nas normas e que se a insuficiência de recursos ainda vigora, isto acontece também por responsabilidade desta esfera de governo.

Quanto aos municípios, uma preocupação forte é a de o retardo de sua entrada em GPSM ser um obstáculo para maiores avanços no sistema, o que deve motivar incentivos para que isto aconteça. Um ponto nevrálgico é que, apesar de os municípios serem hoje grandes investidores em saúde, mesmo assim vêm sendo penalizados, pois mesmo o sistema de pagamentos por capitação pode falsear a verdade, pois não diferencia inteiramente o que é municipal do que é extramunicipal. É lamentada também a relativa falta de liberdade para os gestores municipais atuarem na alocação de recursos, por exemplo, na média e na alta complexidade. Em uma expressão sintética, a aspiração dos municípios é de serem gestores dos recursos públicos como um todo e não apenas serem os «gerentes locais» do MS. Registra-se também a preocupação com a representatividade dos COSEMS nas discussões nos estados, alertando-se que os mesmos devem representar todos o municípios e não apenas segmento em GPSM, como vem acontecendo. Admite-se, aliás, que o CONASEMS tem desafios maiores do que o CONASS neste aspecto, pelas dimensões de sua representação e as naturais dificuldades de arregimentação de interesses.

Ainda, dentro do tema das responsabilidades municipais frente à NOAS, destaca-se o fato de que os chamados aglomerados populacionais devem ser, por natureza, sedes de módulo, pois, mesmo se não vierem a assumir tal condição, o fluxo informal de pacientes continuará a existir. É preocupante o fato de que há muitos municípios médios e grandes que ainda não estão incluídos como sedes de módulo. Questiona-se se os mecanismos para a GPSM estão realmente adequados à realidade dos municípios brasileiros. Questiona-se, ainda, acerca dos municípios em GPSM que não constituem pólos de referência, como é que ficaria o financiamento, no que a SAS esclarece que isto depende do que for definido pelos próprios gestores na PPI. É relatada a situação de alguns municípios médios da região NE, que têm condições de igualdade na oferta de serviços, mas padecem de enorme desigualdade na distribuição dos recursos e que

somente a elaboração formal da PPI, sem mecanismos compensatórios, pode não ser suficiente para resolver tal pendência. Uma questão delicada posta em destaque é que, apesar de todo o avanço, resta o enorme desafio de fazer municípios e prestadores conhecerem e praticarem as informações disponíveis, evitando um confronto desnecessário entre gestores e prestadores (que muitas vezes exercem uma visão meramente contábil) pelos recursos que são, em última análise, *públicos*.

O fato de que o município de São Paulo, capital, ainda não esteja em GPSM provoca reações contrárias, pois faz pouco sentido no contexto atual.

Na AB alguns problemas são relatados, como, por exemplo, a existência de desníveis na qualidade de atendimento, agravados pelo fato de que nem sempre tal modalidade é oferecida localmente de forma integral, gerando distorções. As avaliações realizadas através de informações de bancos de dados têm evidenciado inúmeras dificuldades, tais como deficiências de registros, alimentação e remessa de informações e sub-registros de informações. Existem municípios que, por diversas circunstâncias, chegam a ficar dois meses sem alimentar os bancos de dados.

Quando a questão é o financiamento, as divergências são, sem dúvida, marcantes. A questão da *descentralização sem recursos* é recorrente, bem como a das dificuldades em praticar *equidade*. A questão dos tetos financeiros insuficientes comparece também de forma reiterada e é considerada ainda um processo que depende de negociações muito penosas, ou até mesmo «um verdadeiro tabu» para o MS. É deplorado o caráter de «monetização dos procedimentos», um vício do sistema antigo não superada no SUS, nem mesmo com o advento da NOAS.

Como situação exemplar das dificuldades presentes no financiamento, é lembrada a política de RH, na qual os concursos públicos muitas vezes não conseguem atrair médicos e outros profissionais, o que leva à desativação de serviços, com conseqüente retração de recursos – aspectos em que é preciso aprofundar as discussões, embora na visão de algumas pessoas isto deva ser remetido às CIB.

Outro aspecto lembrado como pendência ainda não resolvida, embora tenham passado muitas vezes desde que se estabeleceram compromissos neste sentido, é o do financiamento do PACS/ PSF, no qual não se registram avanços até o momento.

O CONASS tem se pronunciado sobre os pontos pendentes nas discussões da NOAS e aponta especialmente a existência de algumas questões financeiras. Assim, posiciona-se pela necessidade de revisão dos tetos financeiros da assistência, principalmente de média e alta complexidade, bem como pela definição de cronogramas de implementação para o comando único municipal sobre os prestadores de serviços, nos casos de GPSM.

Com relação ao financiamento da alta complexidade, esta entidade considera tal questão pouco discutida, de forma a se levar em conta a necessidade de incremento de recursos, face às demandas crescentes e as novas tecnologias. Admite ainda a possibilidade de qualificação apenas com o PAB fixo e, posteriormente, a incorporação do PAB ampliado, mesmo sabendo que não seria a proposta ideal, mas sim a mais adequada para uma definição imediata de critérios de financiamento.

Houve também críticas ao chamado *Integra-SUS*, que quebraria o comando único e enfraqueceria os gestores. Da mesma forma, são lembradas outras contradições e pendências atuais, como, por exemplo, o caso da portaria que regula pagamento de diferenciais de tabela com recursos próprios – o momento para a mesma pode não ser o mais adequado.

A SAS/MS anuncia alguns estudos realizados na área de laboratórios que demonstram elencos de exames complementares incoerentes com o nível de complexidade determinado da PPI, refletindo mais uma pressão de oferta do que propriamente necessidade; neste aspecto, estudos adicionais locais e estaduais devem ser estimulados no sentido de fomentar a qualificação e a divulgação de informações, visando às comparações necessárias e à identificação das distorções.

■ PROPOSTAS & ENCAMINHAMENTOS

Reconhece-se que a NOAS é muito complexa e sua compreensão é algo que precisa ser amadurecido, dentro de uma discussão que deve ser também conceitual, através de um autêntico *processo*, que não deve ser visto como mera sucessão de etapas. Assim, diretrizes sobre o papel dos municípios, dos estados e do Ministério da Saúde no sistema regionalizado de assistência à saúde devem ser definidas com mais clareza, por exemplo, com a elaboração de um documento onde, a partir da Lei 8080, sejam descritos de forma clara e unívoca os papéis dos municípios, dos estados e do governo federal no sistema de assistência à saúde do SUS, com ênfase no processo de regionalização definido pela NOAS. A idéia central é a de que os três níveis de governo não precisam competir entre si. O papel de indução do MS continua necessário e não pode ser dispensado, para gerar, numa perspectiva de longo prazo um aumento significativo da GP no País.

A boa prática estaria sem dúvida em uma configuração «sistêmica» da rede, com atuação positiva das SES e otimização da utilização dos recursos e também da relação com prestadores. É importante não penalizar justamente o município que está avançando. A NOAS vem ao encontro de soluções para tal problemática. Isto se traduziria no conceito de *governança*, ou seja, práticas de gestão mais amplas, sobre redes e sistemas complexos, com muitos interlocutores presentes – uma lógica mais adequada e contemporânea que se

antepõe ao sentido tradicional de «governo». Em outras palavras, uma lógica de cooperação entre níveis de governo deve prevalecer, superando-se estágios de tensão e competição. Isto constitui um fator essencial para o sucesso do processo de descentralização, e a própria exigência dos cidadãos neste sentido é palpável, inclusive demandando descentralização de decisões, pois o ganho de eficácia é muito grande e visível.

A cooperação interinstitucional é algo a ser cultivado e mantido; o processo de se «olhar para fora» por parte dos gestores é muito importante, de forma a se poder fazer comparações, ter acesso a experiências novas, rompendo-se o isolamento.

Sem dúvida, a entidade chamada *Estado*, a unidade federativa, deve ser preservada acima de tudo, pois não só faz parte real da federação brasileira mas também tem um forte papel a cumprir nas políticas sociais.

Em termos específicos, foram apontadas as seguintes propostas e encaminhamentos:

1. Instrumentos da NOAS

- a. Que seja definida uma metodologia de trabalho para a avaliação dos PDR, baseada em critérios transparentes e numa lógica de envolvimento das equipes estaduais, com forte participação das equipes das SES em tal processo, inclusive com práticas publicizadas em relação aos critérios, indicadores e a própria metodologia de avaliação, acrescida de *auto-avaliação* das equipes;
- b. Pela necessidade de clareza em relação aos recursos a serem oferecidos à população residente *versus* a população referenciada, para todos os municípios, independentemente da condição de habilitação;
- c. Que os processos de negociação e busca de consenso nas CIB venham a equacionar o balanço entre a necessidade e os recursos disponíveis para todos os municípios;
- d. Que o PDR e a PPI sejam elaborados e apresentados anualmente por todos os municípios e estados, independentemente da condição de gestão, dando-se transparência aos acordos de reorganização dos sistemas estaduais de saúde;
- e. Que os prazos definidos na NOAS não venham a prejudicar os municípios, com a intervenção do CONASEMS no sentido de esclarecer e explicitar propostas quanto a isto, prevalecendo ainda o acordo em cada CIB.

2. Regulação

- a. Que os princípios da NOB 96 continuem em vigor, como, por exemplo, comando único, descentralização, comando único e repasse fundo a fundo;
- b. Pela admissão de diferentes lógicas de gestão com os princípios básicos respeitados;

- c. Que a regulação do sistema sobre os prestadores de serviço seja praticada com competência e compromisso com as necessidades coletivas, com os todos os estados criando e aperfeiçoando sua capacidade regulatória;
- d. Pela possibilidade de experimentação de modelos de regulação dentro do sistema, por exemplo, em 2 ou 3 microrregiões, para testar protótipos de sistemas organizacionais de governo do sistema, conforme as diretrizes sobre os papéis dos três níveis de atores do SUS, a serem traçadas solidariamente, com a presença de representações de gestores e da academia;
- e. Que sejam desenvolvidas mais pesquisas sobre o acesso nas redes;
- f. Pela constituição de uma Central Nacional de Regulação (CNR), organizada a partir de CR em cada estado ou município, ou pelo menos pela organização, dentro de critérios mínimos, de setores organizados de Controle e Avaliação;
- g. Pela organização e gestão do sistema de referências com o estabelecimento de uma Câmara Nacional de Compensação e o fortalecimento da gestão estadual de referências, com o estabelecimento de mecanismos de acompanhamento; fluxos de informação; periodicidade da alteração de valores; condicionamento de repasse a municípios ao cumprimento do TCGA; bem como esforços para que todos os estados assumam a condição de Gestores Plenos dos respectivos Sistemas de Saúde;
- h. Pela definição de um arcabouço jurídico que dê sustentação adequada às ações de controle e auditoria nos âmbitos dos estados e dos municípios, bem como definição de uma minuta-padrão e de um prazo máximo para a conclusão do processo de contratação de prestadores e ainda a abolição dos contratos com pessoas físicas (código 7), incorporando-os aos contratos de pessoa jurídica já existentes; pela busca de alternativas de tratamento diferenciado aos prestadores que têm e os que não têm contrato firmado com o SUS;
- i. Que se aumente a oferta de serviços mais complexos por parte dos municípios, mas com determinadas cautelas, evitando-se a superoferta e a pressão de meras expectativas de consumismo em saúde em contraposição às necessidades reais da população, com discussão da oferta de tais serviços com a sociedade.

3. Atenção Básica

- a. Que se valorize mais o gestor que investe na AB, diminuindo-se as intenações, por exemplo, sem a concomitante redução de teto financeiro;
- b. Pela busca de alternativas para o não-cumprimento efetivo por parte dos

gestores da Portaria 1158 de 08/08/2001;

- c. Pela avaliação do desempenho dos indicadores do Pacto da Atenção Básica nos municípios que pleiteiam a habilitação em GPAB;
- d. Pela revisão dos critérios de financiamento e incentivos por cobertura no PSF em grandes núcleos urbanos;
- e. Pelo prosseguimento da avaliação e divulgação da avaliação já realizada pelo DAB/MS em relação ao PSF, bem como providências já eventualmente executadas;
- f. Pela vigência de uma agenda única de prioridades do Ministério da Saúde, enfatizada a AB;
- g. Pela flexibilização do PSF de acordo com as especificidades locais, levando-se em consideração o modelo, os indicadores e o processo de avaliação; pela reabertura das discussões referentes à definição de "Programa Similar" ao PSF.

4. Financiamento

- a. Pela avaliação mais criteriosa da questão da inflação no setor saúde, responsável por distorções que trazem dificuldades nas programações;
- b. Que os estados participem de fato do financiamento do SUS;
- c. Que sejam realizados estudos para a criação de um fundo de contingência para as situações distorcidas apontadas, por exemplo, no NE e no ES, bem como para o custeio do transporte, questões a serem discutidas no âmbito das SES;
- d. Que se busquem mecanismos de equalização tendo por base a demanda real, porém não incluídos no teto dos estados;
- e. Pelo fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais, com revisão do modelo de gestão do teto financeiro da assistência, tendo como pressupostos a qualificação do maior número possível de estados com o cumprimento dos principais requisitos da NOAS;
- f. Sobre o TFA (propostas do CONASS):
 - i. Que haja o estabelecimento de teto financeiro (TFA) a partir do processo formal de qualificação estadual, de acordo com a programação de TFA municipal relativo à população residente no município e também do TFA estadual subdividido em TFA das referências intermunicipais, separando dentro deste o que for alocado para outros municípios e TFA dos prestadores de serviço sob

- gestão da SES, englobando a totalidade dos serviços nesta condição;
- ii. Que o TFA municipal relativo à população residente seja transferido fundo a fundo e automaticamente ao município habilitado em GP do sistema local e incorporado ao TFA estadual dos prestadores sob gestão estadual, no caso dos municípios ainda não habilitados nos termos da NOB 96 ou da NOAS;
 - iii. Que os municípios habilitados ainda em GPAB recebam automaticamente e por transferência entre fundos a parcela resultante do PAB ou PAB ampliado e que o estado receba o teto da atenção hospitalar e também de alta e média complexidade, caso esteja na condição GPSE; caso não tenha obtido tal condição, exercerá ainda pelo FNS diretamente ao prestador, com autorização pela SES;
 - iv. Que o TFA estadual das referências intermunicipais entre municípios em GPSM seja também transferido do FNS para os FMS, repasse este condicionado à prestação de informação pelo gestor estadual dos valores pactuados, conforme estabelece o Termo de Garantia de Acesso;
 - v. Que o TFA estadual dos prestadores de serviços sob gestão da SES, próprios ou localizados em municípios não habilitados, seja repassado automaticamente, entre fundos, para os estados em GPSE e mediante pagamento por produção nos demais;
 - vi. Pela necessidade de urgente definição do valor e critérios para o PAB ampliado.
- g. Que os recursos possam fluir ao sabor dos movimentos que os cidadãos fazem em sua vida, com autonomia para os gestores administrarem a partição dos mesmos, para aplicá-los em benefício de quem de direito;
 - h. Que o papel verdadeiro das SES, como gestores efetivos do sistema, inclua também o controle da *chave do cofre*, nos três níveis do sistema – em outras palavras, que os gestores sejam *guardadores reconhecidos* dentro do sistema;
 - i. Que a tabela do SIA-SUS ofereça recursos necessários para uma atenção básica de qualidade; neste aspecto, os estados têm que colocar recursos também na AB.

Brasília, fevereiro de 2002.

2. Seminário: O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A REGIONALIZAÇÃO

Autores: Flavio A. de Andrade Goulart: *Professor Titular do Departamento de Medicina Social da UnB*
Lucinéia Morely Machado: *Mestranda em Política Social do Departamento de Serviço e Política Social da UnB*

■ PROGRAMAÇÃO

1. Situação Atual da Implantação da NOAS SUS 01/01

- Maria Helena Brandão – SAS/MS
- Fernando Passos Cupertino – CONASS
- Renato Tasca – OPAS
- Debates

2. Situação Atual da Atenção Básica no Processo de Implantação da NOAS 2001

- Heloiza Machado de Souza – SPS/MS
- Eduardo Medrado – CONASS
- Beatriz Figueiredo Dobashi – CONASEMS
- Debates

3. Organização e Gestão do Sistema de Referências no SUS

- João Gabbardo – SAS/MS
- Armando Raggio – CONASS
- José Enio Servilha Duarte – CONASEMS
- Debates

4. A Importância da Cotratualização no Fortalecimento da Capacidade Gestora no SUS

- Renilson Rehem de Souza – SAS/MS
- João Claudio Bastos Pompeu
- João Gabbardo – SAS/MS
- Renê José Moreira Santos – CONASS
- Fernando Antonio Cassio M. Jr. – SES/RS
- Carlos Alberto Gebrim Pretto – CONASEMS
- Debates

■ MESA 1 – SITUAÇÃO IMPLANTAÇÃO DA NOAS

- Maria Helena Brandão

Diretora do Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência DDGA/SAS/MS

Iniciando sua fala, destaca o fato de que hoje um grande grupo nacional gestores das três esferas está cada vez mais orgânico e que vem ajustando suas diferenças de visão através de um processo de interação e trabalho. Lembra ainda que a reunião da CIT de amanhã vai ser "pautada" pelas conclusões do presente seminário, donde a importância do mesmo.

Analisa, em seguida, o presente momento, que tem no «tempo político» um fator fundamental, pois 2001 é um ano especial, ainda não é o ano eleitoral como é o caso de 2002, no qual as mudanças serão mais difíceis, sem dúvida. Prosseguindo, destaca que a NOAS já trouxe muitos benefícios, até mesmo alguns inesperados, pois «mexeu» na estrutura das SES, possibilitando novos métodos de trabalho e maior participação dos COSEMS nos debates. Trata-se de um movimento bastante positivo, portanto. Assim, o «produto» do presente encontro deve ser explicado com muita clareza, pelas suas implicações relativas à CIT: «Não levar nada significa revalidar o que está vigente», adverte.

Indaga: como os estados estão no processo de descentralização? Neste aspecto, o DDGA/SAS, com a participação de técnicos das SES, pode oferecer como contribuição alguns termos comparativos, sem querer desvalorizar nenhum gestor.

Inicia pelo processo de regionalização da assistência, no qual se destacam os seguintes componentes: (a) a agenda de saúde; (b) o plano de saúde; (c) o plano diretor de regionalização; (d) a PPI; (e) a habilitação dos municípios e estados, e (f) a qualificação das microrregiões. Neste aspecto, deve-se levar em conta a população atendida no município e a ser referenciada, dando-se atenção à insuficiência de serviços. Há que se contar ainda com processos de apoio, tais como o Cartão SUS, o cadastro de estabelecimento e profissionais, a contratação de prestadores e o SIOPS.

Aborda, a seguir, a situação da Agenda Estadual junto ao Ministério da Saúde, 10 de Outubro de 2001, destacando como: (a) não recebida pelo MS: AM, RR, AP, PB, RO, MT, PR, E RS; (b) recebida pelo MS: PA, MA, PI, CE, RN, PB, AL, SE, TO, GO, DF, BA, MG, ES, RJ, SP, MS, SC. Além disso, estão (a) em fase de elaboração: AM E RR; (b) já elaborada, porém não encaminhadas: PI; (c) em fase de aprovação no CES: RO, DF, PB, RS; (d) aprovadas e publicadas: AC, AP, PA, MA, CE, RN, PE, AL, SE, MT, TO, BA, GO, MS, MG, ES, RJ, SP, PR, SC.

A situação dos Planos Diretores de Regionalização estaduais é a seguinte: (a) elabo-

ração de esboço e pactuação com municípios: AC, RR, RO, AM, MA, TO, DF, PE, SE, BA, RJ, SP, RS (b) concluído e em aprovação CIB/CES: PA, AP, PI, RN, PB, GO, MG, ES, SC; (c) aprovado CIB/CES: MT, MS, PR, CE, AL.

Quanto aos PDI – Planos Diretores de Investimentos, a situação por Estado é a seguinte: (a) identificação de lacunas: AC, AM, RR, RO, DF, GO, TO, MA, PI, BA, ES, SE, RN; (b) pactuação com municípios: RS, SC, SP, RJ; (c) em fase de consolidação na SES: AP, PA, PB, PE, MG; (c) já aprovados na CIB/CES: MT, MS, SC, RN, AL.

A elaboração de Instrumentos e Metodologia de Avaliação dos Municípios em GPSM está como segue: (a) sem informação: PI, MG, DF.; (b) elaboradores: AM, MT, CE, AL, ES, RJ, SP, PR, RS; (c) não elaborados AC, RR, RO, AP, PA, MA, TO, GO, MS, BA, SE, PE, PB, RN. Quanto à situação da Avaliação dos Municípios em GPSM, verifica-se: (a) não iniciaram o processo: AC, RR, RO, PI, MG, DF; (b) em fase de avaliação: AM, MA, RN, SP E RJ; (c) avaliação parcial faltando adequação do mando único e identificação dos recursos de referência: MT, MS, PR, RS, ES, BA, SE; (d) avaliação total concluída: AP, PA, CE, PB, PE, AL, GO, SC; (e) a SES ainda não decidiu não avaliar os municípios GPSM: TO.

Quanto à situação da elaboração do processo da PPI: (a) em fase de definição de parâmetros/ critérios para macroalocação de recursos: AC, AM, RR, RO, PA, MA, PI, RN, PE, SE, TO, BA, GO, DF, MG, ES, SP, PR, SC, RS; (b) pactuação da PPI entre municípios: MS; (c) consolidação da pactuação pela SES: AP, PB; (d) aprovação CIB/CES: MT, RJ, AL, CE. Do ponto de vista da utilização do instrumento de PPI nos termos propostos pelo MS, já aderiram AC, AM, RR, RO, PA, AP, MA, PI, RN, PB, PE, SE, TO, GO, BA, DF, MG, ES, MS, SP, PR, SC, RS. E não fizeram adesão MT, CE, AL, RJ.

A situação do cadastramento, segundo o Gestor Estadual, é a seguinte: (a) ainda sem informação: AC, RO, AP, MA, PI, CE, RN, PE, SE, MG, DF, ES, RJ, SP, PR, SC, RS. ; (b) já digitado 50% ou mais: RR, TO, BA, PB, MS; (c) digitado menos de 50% AM, PA, MT, GO, AL. De acordo com informações do DATASUS, a situação do Cadastramento, segundo o DATASUS mostra que ainda não exportaram dados os estados de RS, PR, SP, RJ, ES, SE, RN, MS, MT, RO, GO, DF, TO. E já fizeram AC, AM, PA, AP, MA, PI, CE, PB, AL, BA, MG, SC, tendo alcançado a meta apenas o AP.

Analisa também a implantação do Cartão SUS e, neste aspecto, o percentual de adesão dos municípios, por estado, é o seguinte: (a) estados com 100% de adesão: AL, AP, AM, MS, MG, PA, PB, PE, PI, RR, SE; (b) entre os demais estados (PR, CE, RN, ES, RS, RJ, BA, SC, TO, GO, SP, RO, MA, MT, AC) o menor índice é de 70% (AC).

Passa, em seguida à análise dos PDR disponibilizados para a DGA/SAS: (a) o PDR já está detalhado por módulo: AM, RR, AP, PA, PI, CE, RN, PB, AL, SE, GO, MS, PR, SC, RJ,

ES; (b) o PDR ainda se encontra sem detalhamento por módulo em MG, BA; (c) o PDR está em análise: PE; (d) o PDR não foi disponibilizado: AC, RO, MT, TO, MA, SP, RS. Além do mais, já foram identificados, nos PDR, municípios como sede de módulo nos seguintes estados: AM, RR, AP, PI, CE, RN, PB, AL, SE, GO, MS, PR, SC, RJ, ES.

Apresenta, ainda, as seguintes informações selecionadas: (a) situação da Implantação das Redes Estaduais de Reabilitação: (i) em discussão na CIB: MT, GO, ES, PR, AL; (ii) em fase de identificação da rede: AC, AM, PA, AP, PB, PE, SE, BA, DF, MG, SP, MS, SC, RS; (iii) não iniciaram processo de organização: RR, RO, PI, MA, TO, RN, RJ; (iv) elaborada e encaminhada ao MS: CE. (b) número de municípios identificados no PDR como sede de módulo, por Estado: SC (55), PR (90), MS (23), GO (58), RJ (66), ES (34), SE (14), AL (33), PB (36), RN (26), CE (96), PI (27) AP (6), AM (19), RR (7).

• **Fernando Passos Cupertino**

Presidente e Representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS

O expositor registra a posição do CONASS a partir de documentos elaborados recentemente pela entidade, entre os quais cita: (1) NT 26/2001; (2) Ofício 149/2001, e (3) NT 29/2001, os quais orientarão sua apresentação neste evento.

O CONASS propõe o fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais, com revisão do modelo de gestão do teto financeiro da assistência, tendo como pressupostos: (a) a qualificação do maior número possível de estados com o cumprimento dos principais requisitos da NOAS; (b) o estabelecimento de teto financeiro (TFA) a partir do processo formal de qualificação estadual, de acordo com a programação de TFA municipal relativo à população residente no município e também do TFA estadual subdividido em TFA das referências intermunicipais, separando-se dentro deste o que for alocado para outros municípios e TFA dos prestadores de serviço sob gestão da SES, englobando-se a totalidade dos serviços nesta condição.

Propõe ainda o CONASS: (a) que o TFA municipal relativo à população residente seja transferido fundo a fundo e automaticamente ao município habilitado em GP do sistema local e incorporado ao TFA estadual dos prestadores sob gestão estadual, no caso dos municípios ainda não habilitados nos termos da NOB 96 ou da NOAS; (b) que os municípios habilitados ainda em GPAB recebam automaticamente e por transferência entre fundos a parcela resultante do PAB ou PAB ampliado e que o estado receba teto da atenção hospitalar e também de alta e média complexidade, caso esteja na condição GPSE; caso não tenha obtido tal condição, exercerá ainda a gestão de tais modalidades, mas o pagamento respectivo deverá ser feito pelo FNS diretamente ao presta-

dor, com autorização pela SES; (c) que o TFA estadual das referências intermunicipais entre municípios em GPSM seja também transferido do FNS para o FMS e repasse este condicionado à prestação de informações pelo gestor estadual dos valores pactuados, conforme estabelece o Termo de Garantia de Acesso; (d) que o TFA estadual dos prestadores de serviços sob gestão da SES, próprios ou localizados em municípios não habilitados, sejam repassados automaticamente, entre fundos, para os estados em GPSE e mediante pagamento por produção nos demais.

Prosseguindo, o expositor aborda o tema da definição dos critérios e parâmetros para a PPI. Neste campo, a posição da entidade é a seguinte: (a) pela necessidade de clareza em relação aos recursos a serem oferecidos à população residente *versus* a população referenciada, para todos os municípios, independente da condição da habilitação; (b) os processos de negociação e busca de consenso nas CIB precisa equacionar o balanço entre a necessidade e os recursos disponíveis para todos os municípios, e (c) que o PDR e a PPI sejam elaborados e apresentados anualmente or todos os municípios e estados, independentemente da condição de gestão, dando-se transparência aos acordos de reorganização dos sistemas estaduais de saúde.

O CONASS se posiciona ainda pela necessidade de revisão dos tetos financeiros da assistência, principalmente de média e de alta complexidade, bem como pela definição de cronogramas de implementação para o comando único municipal sobre os prestadores de serviços, nos caos de GPSM.

Sobre a definição de valor e critérios de financiamento para o PAB ampliado, o expositor julga importante ressaltar o valor do PAB está diretamente relacionado ao processo de habilitação da NOAS e também à qualificação das microrregiões.

Sobre a questão da atenção básica, os posicionamentos foram: (a) pela necessidade de urgente definição do valor e critérios para o PAB ampliado, sendo relatado o teor do ofício do CONASS ao secretário-executivo do MS, propondo um adicional de R\$0,50 *per capita*/ ano, com acréscimo de mais R\$0,50 para os municípios com PAB fixo inferior a R\$11,00, inclusive com estimativa de impacto financeiro; (b) pela busca de alternativas para o não-cumprimento efetivo por parte dos gestores da Portaria 1158 de 08/08/2001; (c) pela avaliação do desempenho dos indicadores do Pacto da Atenção Básica nos municípios que pleiteiam a habilitação em GPAB; (d) pela revisão dos critérios de financiamento e incentivos por cobertura no PSF em grandes núcleos urbanos; (e) pelo prosseguimento da avaliação e divulgação da avaliação já realizada pelo DAB/MS em relação ao PSF, bem como providências já eventualmente executadas; (f) pela reabertura das discussões referentes à definição de "Programa Similar" ao PSF.

Com relação à organização e gestão do sistema de referências, o posicionamento da entidade é: (a) necessidade de estabelecimento de uma Câmara Nacional de Compensação; (b) fortalecimento da gestão estadual de referências, com o estabelecimento de mecanismos de acompanhamento; fluxos de informação; periodicidade da alteração de valores; condicionamento de repasse a municípios ao cumprimento do TCGA; bem como esforços para que todos os estados assumam a condição de Gestores Plenos dos respectivos Sistemas de Saúde.

Com relação ao financiamento da alta complexidade, o CONASS encarece a necessidade de discussão desta questão, levando em conta a necessidade de incremento de recursos, face às demandas crescentes e às novas tecnologias.

Finalizando, a questão dos contratos é destacada como elemento chave de capacidade gestora no SUS, com ênfase nos tópicos seguintes: (a) necessidade de definição de um arcabouço jurídico que dê sustentação às ações de controle e auditoria nos âmbitos dos estados e dos municípios; (b) necessidade de definição de uma minuta-padrão e de um prazo máximo para a conclusão do processo de contratação de prestadores; (c) pela abolição dos contratos com pessoas físicas (código 7), incorporando-os aos contratos de pessoa jurídica já existentes; (d) pela busca de alternativas de tratamento diferenciado aos prestadores que têm e aos que não têm contrato firmado com o SUS.

• **Renato Tasca**

Assessoria Técnica OPAS/MS

Inicia destacando que, em relação a processos de regionalização, a experiência de vários países pode ser levantada, e que de maneira geral ocorre por um processo de revisão e reorientação dos rumos, com certa preocupação de racionalizar recursos, como acontece atualmente na Itália, país que tem acompanhado mais de perto.

Insiste em um aspecto marcante, que deve referenciar as análises dos processos de descentralização, que diz respeito à velocidade das mudanças sociais e tecnológicas verificadas contemporaneamente.

Com relação à NOAS, acredita que esta é realmente um passo importante para que se possa garantir que os princípios básicos do SUS sejam operacionalizados. Assim, é natural que a implementação da mesma não seja isenta de muitos conflitos e debates. Mesmo assim, acredita que o atual processo está em dúvida avançando e que existe um grande grau de consenso no País sobre as questões despertadas por tal discussão. Destaca o fato auspicioso de que a SAS já recebeu, até o momento, a quase totalidade

dos planos diretores dos estados, o que é muito significativo. Além disso, ao captar as questões técnicas colocadas pelos representantes tanto do CONASS como do CONASE-MS, tem mais uma prova importante de que o processo está sendo operacionalizado, que há um grande movimento pela descentralização e que também já está superada a etapa de discussão inicial.

Lembra ainda, para encerrar suas palavras, que faz parte do processo de operacionalização do SUS, particularmente do atual momento de implementação da NOAS, o fato de que os agentes da descentralização, no caso os estados, alcançarão seus resultados em ritmos distintos, que é preciso reconhecer e qualificar.

DEBATES

1. Sem dúvida o presente debate deve ser necessariamente aprofundado, mas o processo de habilitação não é compulsório, sendo o município como que "convidado" a integrar o mesmo e não pressionado a assumir maiores responsabilidades do que estão a seu alcance (Maria Helena Brandão);
2. O processo de regionalização, como previsto na NOAS, não acarreta que o município deixe de ter importância se não for sede de módulo e tal decisão compete ao entendimento havido entre a gestão municipal e a estadual (Maria Helena Brandão);
3. Municípios que não assumem a responsabilidade pela assistência acima dos níveis previstos de atenção básica, segundo o NOAS, estão na verdade transferindo responsabilidades para o estado (Maria Helena Brandão);
4. O que se deve esperar da NOAS é superar progressivamente algumas de suas deficiências, de forma a reordenar as eventuais defasagens de oferta, já que ainda os parâmetros disponíveis ainda são vinculados à oferta e se dispõe de poucos elementos para ampliar a oferta (Armando de Negri);
5. É preciso ficar claro que os recursos para a assistência no País ainda não são suficientes e que existe grande pressão das necessidades não satisfeitas e que estes são fatores importante no "amadurecimento da discussão da NOAS"; da mesma forma, a norma ainda é muito complexa e isto também precisa ser amadurecido, dentro de uma discussão que deve ser também conceitual, através de um autêntico processo, que não deve ser visto como mera sucessão de etapas (Armando de Negri);
6. Os PDI, por sua vez, não podem ser vistos como formados exclusivamente por recursos federais, mas também estaduais (Armando de Negri);

7. Não se pode negar que há no atual momento instrumentos que provocam o gestor a exercer o seu papel e que este é um ganho efetivo do processo (Renilson Rehem);
8. Além disso, cumpre lembrar que conhecer as séries históricas é uma obrigação do gestor e ainda que o SUS tem sua concepção como um sistema de financiamento conjunto, compartilhado e que, assim, a ação do gestor para a alocação de recursos deve ser positiva, o que é fundamental para o bom andamento do sistema (Renilson Rehem);
9. São muitas as definições a fazer para poder se falar realmente em um início de reordenação do sistema; entre os problemas no horizonte, muitos são de natureza política e assim devem ser encarados, em busca de sustentabilidade para as mudanças, situação particularmente grave em um ano eleitoral como vindouro; no caso do RJ, a opção é de desenvolver o processo de forma completamente ascendente, em busca da tal sustentação; o fato de se ter, hoje, muitos municípios em GPSL é um fato positivo, pois esta é a autêntica "imagem objetivo" do SUS (Valcler – SES-RJ)
10. A capacidade de gestão é um fator a ser considerado, e todos os seus instrumentos devem estar implantados, não apenas a capacidade assistencial; esta é uma discussão que deve ser acelerada, visando-se ao fortalecimento da gestão municipal, de forma a evitar, também, uma certa inércia surgida desde as habilitações aceleradas da NOB 96 (Valcler - SES-RJ);
11. É preciso deixar bem claro que uma SES ausente, omissa ou incapaz simplesmente inviabiliza o conjunto do sistema; ou seja, um papel "apagado" dos estados na gestão dos SUS não favorece os municípios, ao contrário do que pensam alguns (Renilson Rehem);
12. A NOAS apenas como "norma", mesmo compartilhada, não produz mudança de forma direta, é o processo de discussão e transformações sucessivas, com envolvimento dos diferentes atores em busca da "proteção da inovação", para que os diferentes sujeitos possam criar e implementar as mudanças; a presente norma representa uma grande oportunidade para os estados repensarem seu papel no SUS (Renato Tasca);
13. A cooperação interinstitucional é algo a ser cultivado e mantido; o processo de se "olhar para fora" por parte dos gestores é muito importante, de forma a poder fazer comparações, ter acesso a experiências novas, rompendo-se o isolamento (Renato Tasca);
14. Questiona sobre os municípios-sede, que, não sendo sedes de referência, no caso

de não serem plenos do sistema, como ficariam em relação ao financiamento (Elaine SES-SP). M. H. Brandão, da SAS, responde: depende do que for definido pelos próprios gestores na PPI; a questão do recurso adicional também depende da qualificação da microrregião;

15. São relatadas iniciativas da SAS no sentido de se fomentar a qualificação e a divulgação de informações, visando às comparações necessárias e à identificação das distorções, cujo exemplo marcante pertence à área de laboratório, o que tem sido revelado pelos estudos da SAS, com elencos de exames incoerentes com o nível de complexidade determinado, refletindo mais uma pressão de oferta do que propriamente uma necessidade; neste aspecto, estudos adicionais e estaduais devem ser estimulados (Maria Helena Brandão);
16. Retorna e insiste na questão do recurso adicional mencionada acima: sua alocação vai ocorrer de acordo com a programação (Renilson Rehem);
17. Quanto maior a plenitude de gestão, melhor para o SUS. Neste aspecto, não há surpresas no processo de habilitação verificado pós-NOB 96, lembrando-se que o verdadeiro papel do MS e das SES é apoiar os municípios em busca de capacidade de gestão e de mais formas plenas de gestão (J. Ênio Servilha);
18. Importante lembrar que a NOAS não pode ter efeito total e imediato, como nenhuma norma, aliás; o caráter progressivo é a regra, até pelas características da própria realidade; ressalta a importância de "desenhos" de regionalização em tempos sucessivos, como feito em MG (Maria Helena Brandão);
19. O PDI neste momento representa apenas um primeiro esforço, um exercício em busca de conhecer melhor a realidade, mas, mesmo assim, já gerou a necessidade de um Portaria MS que passa a orientar as emendas parlamentares, um produto altamente positivo; há também um caráter de processo, como na PDR (Maria Helena Brandão);
20. Constatam-se grandes avanços com o presente processo, e a perspectiva não é mais autonomista e liberal do ente local, como já ocorreu no passado (Júlio Muller);
21. É relatado o caso do estado de MT, em que diferentes modelos de gestão da assistência foram adotados, uma vez adaptados a cada realidade, como no caso dos consórcios (Júlio Muller);
22. A questão da complexidade da assistência ainda merece aprofundamento: a atenção básica, por exemplo, foco de luta no passado, é hoje um problema bem encaminhado, superando-se tal etapa; quanto à média complexidade, há um processo

de construção, via proposta de regionalização da NOAS, que vem sendo positiva no sentido de organizar o sistema e seus diferentes níveis de complexidade; é lembrado o caso da NOB 96, no qual as longas discussões foram muito positivas, pois geraram soluções para os problemas existentes (Júlio Muller);

23. Lamenta-se a "perda de uma chance histórica de pensar as microrregiões em forma integrada, de forma não descolada, envolvendo as áreas para além da assistência (saúde coletiva); o momento presente seria adequado para tanto, pois a FUNASA também está descentralizada agora; assim, os Planos de Saúde devem envolver o coletivo também, sendo o momento de avançar na organização de um modelo realmente integral (Julio Muller);
24. Diante do ano eleitoral que se aproxima e das conseqüentes dificuldades em pactuar e repactuar entre gestores, de permeio e tantos interesses, cabe aprofundar as estratégias de ação com gradualidade e visão processualística; todo açodamento pode comprometer a NOAS, pois o momento político, com as eleições vindouras, é de diluição do poder dos gestores e do executivo em geral, dada a lógica política, com maior poder dado aos candidatos (Júlio Muller);
25. Ainda a discussão da média complexidade: há necessidade de equalização, pois o que já alcançaram determinado patamar de recursos não podem ser prejudicados e nem é admissível que os primeiros a chegar levem tudo; citado como exemplo o caso dos pequenos municípios nas periferias dos grandes; é preciso diferenciar capacidade de gestão x capacidade assistencial, assim como é necessário pensar modelos de transição, como, por exemplo, os consórcios; é preciso sinalizar em relação aos recursos adicionais numa perspectiva de tempo, porque existem expectativas dos gestores neste sentido (Júlio Muller);
26. Há sem dúvida divergências no âmbito do CONASS com relação à NOAS, mas é preciso escutá-las em busca de alternativas para as mesmas; seria muito difícil encontrar um modelo único de norma na realidade complexa do Brasil; a diretriz do comando único não deve ser sinônimo de "caixa único" (Júlio Muller);
27. A afirmativa de que "não se pode ser uma norma única para o Brasil" é objeto de discordância; comando único pode ser um conceito com diferentes alternativas de operação. O que não pode existir, a NOAS é enfática, são dois gestores em uma mesma realidade; a permanecerem as regras da NOB 96 não surgirá o verdadeiro comando único, mas não seria essa a melhor opção (Renilson Rehem, comentando a fala de Júlio Muller);

28. É necessário esclarecer melhor o que seriam as "necessidades" de acordo com a NOAS; o chamado "tempo político é um fator positivo no caso dos municípios, neste início de gestão, ao contrário dos outros dois níveis de governo – a agenda deve levar em consideração tal fato; é destacado o verdadeiro "atropelamento" que a NOAS provocou nos gestores municipais (Alcides, SES-CE)
29. Pontos de destaque do debate: (a) os prazos para o CONASEMS precisam de melhor esclarecimento, pois envolvem penalidades pelo seu não-cumprimento; (b) a proposta do CONASEMS de voltar à situação da NOB 96, mesmo transitoriamente, é objeto de discordâncias; (c) quanto às preocupações do CONASS sobre a questão do comando único e da gestão das referências, a unicidade deve prevalecer (Renilson Rehem, tentando uma síntese final);
30. Questão dos prazos (CONASEMS): a necessidade é de contemplar os gestores em diferentes etapas do processo, já que a heterogeneidade é muito grande; é preciso realmente garantir o comando único, mas é fundamental avançar, donde a sugestão relativa à NOB 96 (representante do CONASEMS);
31. Ainda os prazos definidos pela NOAS e sua adequação ao status dado pela NOB anterior: a idéia é não prejudicar os municípios, mas considera que o CONASEMS precisa esclarecer e explicitar melhor sua proposta quanto a isto; deve prevalecer o acordo político em cada CIB (representantes da SAS/MS);
32. Fortalecimento da gestão estadual pode não encontrar na NOAS os instrumentos suficientes, donde a proposta do CONASS referente à gestão das referências, procurando um mecanismo mais seguro e adequado ao momento do processo de descentralização; o comando único ainda não é objeto de consenso, mas sobre isso deve-se levar em conta as realidades pré-existentes nos estados (representante do CONASS);

■ MESA II - SITUAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

• Heloisa Machado de Sousa

Diretora do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas da Saúde/DAB/MS

A expositora iniciou sua apresentação lembrando as dificuldades encontradas para a escolha de indicadores que refletissem os resultados qualitativos. Essas dificuldades e a exigência de padronização de dados resultaram na redução das escolhas elementares, que pudessem refletir a simples existência de serviços.

As principais linhas de ação da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) são o PAC –

Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o PSF – Programa de Saúde na Família, o Programa de Humanização do Parto, a capacitação de recursos humanos, a assistência farmacêutica básica, o PITS – Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, a bolsa-alimentação, a eliminação da hanseníase e o controle da tuberculose, a campanha da diabetes e a promoções da saúde.

A avaliação da atenção básica tem como componentes o Pacto da Atenção Básica, a alimentação dos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde, a estrutura de rede física e de recursos humanos e a produção de serviços nas áreas estratégicas.

O Pacto da Atenção Básica é realizado tendo como base a situação atual, vista através da avaliação do Pacto 2000 e do Pacto 2001. São consideradas como indicadores as consultas básicas, a cobertura vacinal com a terceira dose de DPT, além de outros indicadores. A expositora lembrou que nos indicadores de 2000 estão incluídas as consultas de emergência.

Quanto à avaliação do Pacto 2000, vinte estados enviaram a avaliação até o presente momento (74%). Destes, 40% cumpriram o prazo (6 de setembro), 50% enviaram-na ainda em setembro e 10% em outubro. Sete estados ainda não enviaram: MT, PA, PE, PI, RO, TO. Quanto à avaliação do Pacto 2001, vinte e um estados enviaram (78%), sendo que 14% cumpriram o prazo (6 de setembro), 48% enviaram-na ainda em setembro e 38%, em outubro. Existe uma proposta de mudança de prazos, já que as falhas chegam a mais de três meses consecutivos. Informou que 12% dos municípios brasileiros não estão cumprindo os prazos. Ressaltou que, por portaria, se determina o atrelamento ao cadastro nacional e também o registro da produção de serviços estratégicos.

Uma análise mais detalhada mostra que 13 estados (62%) enviaram os dados nos instrumentos adequados, 5 estados (24%) enviaram-nos em papel, três estados (14%) utilizaram somente o «simpacto». O Piauí não enviou a pactuação do estado, somente a dos municípios; já o Rio Grande do Norte enviou somente a pactuação do estado, não incluindo a dos municípios. Até o momento, seis estados não a enviaram. São eles: RO, PA, TO, MA e MT.

O cronograma para o pacto 2002 tem como proposta a definição dos indicadores (15/12/01), a publicação da portaria (20/12/01), a disponibilização do «simpacto» municipal (15/01/02), o envio dos Pactos Municipais às SES (15/02/02) e o envio dos Pactos Municipais e Estaduais ao MS (28/02/02).

Dois pontos merecem ser destacados quanto à alimentação dos Sistemas Nacionais de Informações em Saúde. O primeiro é a qualidade dos dados. O segundo é a alimentação dos sistemas, na qual existem falhas, o que pode gerar problemas na alimentação dos sistemas de informação (fluxo de regularidade e cronograma de envio). Seria válido rever a questão de fluxo e o cronograma de remessa dos dados.

A estrutura de rede física e de recursos humanos, levantados através do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, permite o conhecimento de dados atualizados e de maior detalhamento das unidades de saúde e dos recursos humanos disponíveis. Quanto a produção de serviços nas áreas de atuação estratégicas, alguns dados são preocupantes: 50% dos municípios não apresentaram nenhum registro da coleta de CCO, 47,5% dos municípios não apresentaram nenhum registro dos procedimentos coletivos em odontologia e 10% dos municípios em Gestão Plena da Atenção Básica não apresentaram registro de terceira a dose de DPT.

A expositora apresentou alguns dados do monitoramento da implantação e funcionamento das Equipes de Saúde da Família nos estados de Piauí, Alagoas, Sergipe, Paraíba e Amapá. Assim, quanto ao atendimento ginecológico, 71% das unidades possuem mesa ginecológica; 69% possuem espécuro, equipamentos considerados indispensáveis para o atendimento. Existe preocupação com a falta de equipamentos básicos, o que inviabiliza o atendimento. No item sobre a realização de ações de imunização, 64% das equipes realizam este procedimento, 29% não realizam e 7% não responderam. Quanto a presença de sala de vacina, 68% possuem uma ou mais salas. Esta situação necessita ser melhor avaliada, pois pode estar sendo afetada por alguns problemas como a localização das equipes do PSF. Algumas equipes podem não realizar as imunizações por estarem situadas próximas a Centros de Saúde que já realizam esta atividade.

Ainda quanto à avaliação do PSF, no quesito das ações básicas de controle da tuberculose e da hanseníase, 52% fazem o diagnóstico da hanseníase, enquanto 26% executam o tratamento; 66% diagnosticam a tuberculose, sendo que 35% efetuam o tratamento. A proposta a qualificar as equipes para o diagnóstico de hanseníase e estimular que isso seja uma responsabilidade assumida pelas mesmas.

Está em andamento uma proposta de acompanhamento mediante um cronograma de monitoramento da implantação e funcionamento das ESF — Equipes de Saúde da Família. É um projeto-piloto de avaliação, que está sendo efetivado com um grande esforço, através da aplicação de um questionário. A proposta a avaliar todos os estados. Existe um grande esforço no sentido de cumprir o cronograma e uma proposta de articulação com universidades para agilizar este processo. Espera-se avaliar a estrutura de funcionamento e o processo de atividades desenvolvido pelas equipes, ou seja, busca-se avançar nas discussões, considerando-se o PSF modelo prioritário. Algumas perguntas são de fundamental importância neste processo. Como, por exemplo, se a equipe a uma estrutura paralela ao sistema ou está reestruturando o modelo atual da atenção a saúde. Neste aspecto, até o momento já foram avaliados os seguintes estados: Piauí, Alagoas, Sergipe, Paraíba, Amapá, Paraná. A proposta apresentada para o

cronograma de monitoramento das ESF é que Goiás e Maranhão sejam avaliados em outubro. Em novembro, São Paulo; em dezembro, Tocantins e Mato Grosso; em janeiro, Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Distrito Federal; em fevereiro, Rio Grande de Norte e Mato Grosso do Sul; em março, Santa Catarina, Rio de Janeiro e Pernambuco; em abril, Espírito Santo, Bahia, Ceará e a Região Norte que estará sendo monitorada como projeto especial.

A classificação dos municípios em relação a alguns dados precisa ser melhor investigada. A expositora enfatizou a existência de uma proposta de acompanhamento e monitoramento dos dados, já que algumas informações são, preocupantes, sendo que municípios de pequeno porte teriam esta situação agravada. No entanto, deve ser ressaltado que a nesses municípios que existe o PACS.

Existe um projeto-piloto de avaliação, através da aplicação de um questionário, que já este sendo consolidada em alguns estados. O levantamento realizado enfatiza a estrutura de funcionamento e processo de atividades. Há também a proposta de articulação com universidades.

A expositora finalizou sua apresentação afirmando que certas questões necessitam ser aprofundadas, como a existência de um melhoramento na atenção básica que não está refletido somente nos indicadores de saúde.

• **Eduardo Medrado**

Representante do CONASS – Secretário de Estado de Saúde de Tocantins

O expositor fez uma apresentação sobre o Programa de Saúde da Família no estado de Tocantins, enfatizando os desafios encontrados, bem como suas perspectivas e propostas. Lembrou, inicialmente, a existência da produção de 14 mil AIH, enfatizando a necessidade de superar a linha tradicional que existe entre produção da doença e dos serviços de saúde. Com a criação do Estado de Tocantins, uma providência tomada foi retirar as AIH do setor privado, tornando público o sistema. Lembrou ainda os princípios do SUS, como a universalidade (toda a população deve ter acesso aos serviços essenciais) e a equidade (igual oportunidade de acesso a todos os níveis).

Para que haja a satisfação das necessidades prioritárias, enfatizou, é preciso fazer análises e cuidadosa seleção dos possíveis elementos requeridos para satisfazer as necessidades, como também a avaliação dos indicadores e do PSF, destacando que o avanço na atenção básica implica aumentar a sua resolutividade. Quanto à questão da integralidade, não se pode separar rede básica daquela de média e alta complexidade.

Abordou em seguida algumas características gerais importantes da estratégia do PSF na atenção básica quanto ao conteúdo dos programas, enfatizando que devem ser acentuadas as atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Admite que tal programa ainda apresenta inúmeros desafios, como recursos humanos, operacionais e gerenciais, além do aumento da resolutividade.

Segundo o expositor, a formação profissional dos integrantes da ESF é voltada ainda para uma visão assistencialista, mercantilista e hospitalar. Citou como desafios o conhecimento e a vivência por parte dos profissionais da saúde do que realmente é o PSF, a necessidade da visão generalista do atendimento ao indivíduo, agravados pela ausência de equipes do programa em alguns municípios.

Quanto aos recursos operacionais, destacou a falta de integralidade ainda verificada no sistema, o que significa a necessidade de melhoria da contra-referência para assegurar a continuidade do atendimento. Há necessidade de melhoria na qualidade da assistência prestada e na qualificação dos integrantes da equipe na visão referente à atenção básica. Recomendou, para tanto, o fortalecimento e estruturação dos Pólos de Capacitação.

Como outros desafios, de índole gerencial, destacou a melhoria da estruturação e da execução das ações da atenção básica, a descentralização das ações nos municípios, o fortalecimento do sistema de referência e contra-referência. Quanto às perspectivas visando ao maior acesso da população, é preciso ocorrer ampliação da oferta de serviços, da qualificação profissional e da disponibilidade de medicamentos, equipamentos e insumos. O aumento da resolutividade da atenção básica implica a melhoria dos indicadores. Estes precisam ser avaliados pensando-se em metas, como a redução da mortalidade infantil; a melhoria da qualidade e o aumento das consultas de pré-natal; reorganização do sistema local de saúde; a diminuição do número de exames complementares, de consultas especializadas, de encaminhamentos de urgência e emergência e das internações hospitalares desnecessárias.

A proposta de trabalho médico em Tocantins procura levar em conta as particularidades locais e a densidade demográfica. Nela, o médico do PSF deve atender nas próprias unidades do sistema tradicional nos casos de municípios com até 20.000 habitantes, cobertura de PSF menor ou igual a 70%, que não sejam sedes de módulo de referência, onde haja adesão do gestor municipal à proposta. Não se permite que o médico trabalhe ao mesmo tempo no Pólo Regional e no PSF. Como justificativa para tal, lembrou as dificuldades em fixar os profissionais (médicos e enfermeiros) nos municípios de pequeno porte, bem como a necessidade de disponibilizar uma unidade com infra-

estrutura física e equipamentos, de forma a assegurar uma maior resolutividade das ações da atenção básica. Além disso, ressalta, o custo da manutenção das unidades curativas em municípios de pequeno porte e baixa complexidade é elevado. Esta iniciativa contemplaria municípios com até 20.000 habitantes, com até cinco equipes. O médico, um dia por semana, trabalharia na unidade curativa tradicional.

Enfatizou as dificuldades de pessoal e a grande responsabilidade do profissional, prementes no PSF. Quanto ao problema da formação profissional, encareceu a necessidade de integração com o Ministério da Educação.

Quanto ao financiamento das ações de saúde, defendeu que o valor do PAB assegure o adicional *per capita* para todos os municípios, enquanto a proposta do Ministério da Saúde é apenas para aqueles que possuem um PAB inferior a R\$11,00.

Finalizando sua exposição, apresentou alguns dados da situação das equipes PACS/PSF no estado de Tocantins. Quanto à evolução no número de Agentes Comunitários de Saúde, houve um crescimento de 877% no período de 1994 a 2001 (aumentaram de 280 para 2736). Em 2001, houve um aumento de 762% nos municípios cadastrados (o número aumentou de 16 para 138); o número de municípios com o PACS/PSF implantados em 2001 é de 138 com o PACS (98%) e de 109 (64%) com o PSF. O comparativo do número de equipes e municípios com PSF (1999 – 2001) mostra que houve um aumento de 46,1% no número de equipes (169 para 247) e um aumento de 17,2% no número de municípios (93 para 109). O número de profissionais qualificados por categoria existente no PACS/PSF em 2001 é de 227 médicos e auxiliares de enfermagem, havendo 263 enfermeiros e 2736 agentes comunitários de saúde. Chama a atenção para o significativo número de médicos cubanos: dos 109 municípios com ESF, 44,9% possuem médicos cubanos, ou seja, dos 184 profissionais atuantes no mês de setembro, 28% são cubanos.

• **Beatriz Figueiredo Dobashi**

Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande – MS – Representante do CONASEMS

A expositora abordou, inicialmente, o processo de avaliação. Enfatizou que a oportunidade da NOAS permitiu a formação de um grupo com três instâncias de governo, o que tem gerado uma excelente oportunidade de pensar a assistência e o processo de avaliação. Ressaltou a inexistência de rotinas consistentes de avaliação nos serviços e o caráter positivo do hábito da avaliação que vem sendo incentivado, inclusive pelo Ministério da Saúde. Para o CONASEMS, o processo de avaliação é realmente imprescindível. No entanto, este também deve ser um processo pactuado. Ressaltou a preocupação com uma avaliação que reflita a qualidade e a resolutividade da atenção

básica. É preciso fazer escolhas coerentes neste sentido, com o uso de indicadores que devem ser adequados para tanto.

A expositora chama atenção para a existência de desníveis na atenção básica e na qualidade de atendimento em todo o País, agravadas pelo fato de que nem sempre a atenção básica é resolvida no próprio município, gerando distorções que devem ser levadas em consideração. As avaliações numéricas realizadas através de informações de bancos de dados vão evidenciar inúmeras dificuldades, como as deficiências de registros, alimentação e remessa de informações e sub-registros de informações. Existem municípios que, por diversas circunstâncias, chegam a ficar dois meses sem alimentar os bancos de dados.

A expositora concluiu que os municípios não podem ser avaliados apenas através de dados numéricos. Os indicadores também devem ser voltados para a oferta de serviços. O processo saúde/doença é complexo e envolve outras questões. Para o CONASEMS, a desabilitação dos municípios não resolve a questão. Se eles estão com dificuldades, necessitam de apoio. As inúmeras dificuldades do PACS e do PSF também precisam ser consideradas, como a precariedade das relações de trabalho, a formação profissional, a rotatividade profissional, a baixa remuneração etc.

O CONASEMS reconhece a existência de inúmeros fatores que dificultam a avaliação e é favorável a este processo, mas quer que sejam levados em conta outros indicadores. A proposta é que se possa realmente conhecer a situação real e atual de todos os municípios, com o uso de indicadores de oferta de serviços e de gestão.

DEBATES

1. O CONASS tem se pronunciado sobre os pontos pendentes nas discussões da NOAS, mas reconhece a existência de questões financeiras. Admite a possibilidade de qualificação apenas com o PAB fixo e, posteriormente, a incorporação do PAB ampliado. Não é a proposta ideal, mas a necessária uma definição imediata de critérios de financiamento. A desabilitação dos municípios não é uma solução, é preciso fortalecer os mecanismos de apoio. A capacitação de recursos humanos não se resolve apenas em serviço, mas sim com o envolvimento dos órgãos formadores. Enfatiza a necessidade de participação dos Conselhos de Saúde e acompanhamento dos serviços de saúde (Valcler – SES-RJ);
2. É necessária uma avaliação real de custos. Existe um constante desafio, que é como garantir a integralidade da atenção. Demonstra preocupação com o acompanhamento da atenção básica. Avaliar a atenção básica não é avaliar o Progra-

ma Saúde da Família. É preciso avaliar um conjunto de indicadores. É necessário um esforço para sintetizar e avaliar Saúde da Família, Vigilância Sanitária, Atenção Básica, ou seja, um conjunto de ações que se potencializam. Os indicadores mínimos são relevantes para avaliar a atenção básica, mas um processo de integração de avaliação poderia ser melhor discutido pelo Ministério da Saúde. A existência de várias agendas denota certa desarticulação do Ministério da Saúde (Valcler – SES-RJ);

3. Defende a proposta de uma agenda única de prioridades do Ministério da Saúde, pois há dificuldades por parte dos estados, que muitas vezes não possuem uma equipe técnica completa e também dos municípios, que enfrentam grandes dificuldades. A situação apresentada, quanto ao quadro da atenção básica, é preocupante. A discussão de critérios comuns de avaliação deve ser pactuada. É preciso melhorar a qualidade sem esquecer a solidariedade dentro do sistema. Não adianta só incentivar o PAB, o Ministério da Saúde deve ter um modelo de cooperação com os estados e municípios. Enfatizou a urgência do processo de capacitação para dar conta da atenção básica e a ênfase atual na formação de especialistas. A forma fragmentada de trabalhar a atenção primária e tão evidente que as Equipes de Saúde da Família ainda são capacitadas para programas (Júlio Muller);
4. Defendeu o uso de três dimensões combinadas para a análise da rede de saúde. A atenção a efetiva se otimiza o uso geral do próprio sistema e se melhora o nível de saúde da população. Portanto, devem ser consideradas as questões das necessidades e não apenas da oferta, assim como o perfil sócio-econômico da população. Além disso, a avaliação da atenção básica deve ter como pressuposto que a mesma é a porta principal do sistema. Para a avaliação do produto, é preciso que sejam considerados os indicadores da situação de saúde e oferta de serviços. É preciso considerar a relação da atenção básica com os outros níveis do sistema. Qual é a capacidade de a atenção básica fazer uma referência ou receber uma contra-referência? No processo de avaliação, o perfil dos profissionais da atenção básica também deve ser considerado (Armando Raggio);
5. A estimativa de quanto os orçamentos municipais gastam na atenção básica revelaria se esta tem realmente a importância que merece. Questiona sobre quando as cidades de grande porte, como São Paulo ou o Rio de Janeiro, terão uma cobertura completa do PSF. É necessária uma solução para o financiamento do PSF, que a aguardada desde janeiro. Ênfase na necessidade de avaliar a capacitação já que, após os treinamentos, os servidores continuam cometendo os mesmos erros (Eduardo Jorge);

6. O PSF deve ser flexibilizado de acordo com as especificidades locais. Enfatiza a existência de várias situações, pois cada região tem suas especificidades. Defendeu a flexibilização do modelo, dos indicadores e da avaliação (Márcia);
7. Considera a avaliação como tema extremamente difícil. Reconhece que algumas coisas avançaram, mas não como o Ministério da Saúde desejava. Ressalta que não basta discutir o recurso do PAB, mas as responsabilidades. Reconhece que os bancos de dados são, insuficientes. No entanto, mesmo com as deficiências, o sistema de informação avançou nos últimos dois anos. Houve uma tentativa de modernizar o processo de trabalho (Heloiza – DAB/SPS/MS);
8. Existe a necessidade de melhorar e incorporar propostas, de constituir um grupo para trabalhar uma portaria de avaliação. A discussão da avaliação da atenção básica deve utilizar o PSF como instrumental. Reconhece que o PSF não cobre toda a realidade, mas, como projeto prioritário, deve ter mecanismos especiais de avaliação. O pacto não pode ser visto como um instrumento burocrático e cartesiano. Os indicadores devem estar vinculados ao pacto de Atenção Básica e ao PSF. Ressalta a necessidade de participação do CONASS e do CONASEMS neste processo e defende a proposta de uma agenda de trabalho. Ressaltou a preocupação com avaliação da atenção básica. Existem problemas que precisam ser investigados. Enfatizou a existência de dados preocupantes de cobertura vacinal dos pequenos municípios. É necessário que sejam dadas respostas efetivas a questões elementares e básicas (Heloiza – DAB/SPS/MS);
9. Preocupação com a área de RH, com os profissionais que estão na rede, mas também com a graduação e a pós-graduação. Enfatizou a proposta de discussão com o MEC para a implantação de mudanças curriculares. Está sendo concluída uma primeira etapa de avaliação dos Pólos de Capacitação. Enfatiza a pequena participação das áreas clínicas nos mesmos. Será necessário que os pólos ampliem seu leque de preocupações para além da Saúde da Família, abrangendo todo este universo da atenção básica. (Heloiza – DAB/SPS/MS);
10. Como enfrentar a questão financeira e implantar o PSF nas grandes cidades? Reconhece que existem defasagens na forma atual de trabalhar esta cobertura. A proposta que tem maior adesão e a de trabalhar com a lógica do Distrito Sanitário, o que é mais estruturante. Defende um reforço ao processo de monitoramento da atenção básica e de formação. É preciso pensar na qualidade e não apenas na quantidade. Um cadastramento único com exigências de pré-requisitos (Heloiza – DAB/SPS/MS);

11. Ressalta que não se pode ser muito condescendente na questão da atenção básica. Não defende a desabilitação, mas está convencida de que os municípios devem ter capacidade de cobertura mínima. Não se deve qualificar na NOAS os municípios em situação de não-resolutividade de situações elementares. O Ministério da Saúde recebeu muitas críticas quanto à pobreza dos indicadores. Não se pode desqualificar a avaliação que já foi realizada. Propõe enfrentar o problema aprofundando a avaliação, sem desqualificar a informação que já se tem em mãos (Maria Helena Brandão – DDCA/SAS/MS);

MESA III – ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA NO SUS

• João Gabbardo

Secretaria de Assistência à Saúde – SAS/MS

Inicia destacando que o principal objetivo de sua apresentação a desenvolver o tema das referências entre estados, através da divulgação da proposta da SAS nesta área. Lembra também que esta é uma das atribuições do nível federal de governo, prevista no artigo 16 da lei 8080, que o aborda dentro do dispositivo de «coordenação de redes integradas». Neste aspecto, cita exemplos nas áreas de oncologia, cardiologia, neurocirurgia, etc. Exibe um quadro dos estados que ainda não dispõem de serviços de alta complexidade (AC), fazendo um diagnóstico da situação.

No que tange aos gastos com AC, foram apresentados alguns quadros, através dos quais pode-se inferir que em alguns estados cerca de 100% dos gastos, ou a quase totalidade dos mesmos, são realizados em outros estados, vizinhos ou não. Da mesma forma, se verifica que em algumas UF um percentual apreciável do gasto refere-se a pacientes encaminhados de fora, mesmo quando não se incluem neste cômputo as despesas realizadas com transplantes.

Coloca em seguida a indagação: como regularizar fluxo de pacientes e garantir financiamento nas trocas entre estados? A proposta da SAS é a constituição de uma Central Nacional de Regulação (CNR), organizada a partir de CR em cada estado ou município, ou pelo menos a organização, dentro de critérios mínimos, de setores organizados de Controle e Avaliação.

O papel da CNR seria avaliar as solicitações de AC e, ao mesmo tempo, confirmar a ausência do serviço, avaliar a indicação do procedimento em questão, além de encaminhar ao gestor de destino, no qual seria feito o agendamento, fluxo este que de monstra através de transparências. Está previsto, em tal sistema, a participação dos

chamados Hospitais de Referência, que farão a avaliação da adequação dos procedimentos para a CNR, citando vários casos de hospitais já definidos como tal.

O expositor tece também considerações a respeito do potencial de casos de referência de AC entre estados, estimando-os em cerca de 1320 pacientes mensais no máximo, ou seja, uma demanda aproximada de até 40 pacientes/dia. Espera-se, contudo, que com os CR funcionando regularmente este número poderá ser reduzido. Apresenta dados por estado, referentes a estes «encaminhamentos potenciais». Mostra também o detalhamento do processo de autorização, via sistema AIH e por meio do DATASUS, apresentando possíveis fluxos entre os CR (nos estados) e o CNR.

Aponta, finalizando, as inúmeras vantagens do novo sistema, tanto para os que transferem como para os que recebem pacientes, destacando a possibilidade de informação mais exata sobre os casos referenciados, os desdobramentos para aprimoramento das listas de espera de transplantes, e ainda uma melhor orientação da política de investimentos do MS.

• **Armando Raggio**

Secretário de Estado do Saúde do Paraná = Representante do CONASS

O expositor esclarece, de antemão, que procurará trazer o entendimento atual do CONASS sobre a questão, mas lembra que ainda não existe consenso absoluto sobre o mesmo na entidade. Admite que a criação das CNR é um ganho e uma necessidade concreta do sistema e que vem a consolidar a posição dos gestores, com maior garantia de acesso para os usuários, entre outras vantagens.

Entretanto, pondera, torna-se necessário ainda um certo grau de aperfeiçoamento dos mecanismos e fluxos das referências dentro do SUS, por exemplo, pelo desenvolvimento mais completo de um sistema de protocolos clínicos, no qual os procedimentos estejam bem definidos e sejam objetos de consenso geral. Afinal de contas, lembra, os recursos são sempre do cidadão e não propriamente dos gestores e é preciso alocá-los com justiça. Considera, sem dúvida, que a atual proposta tem caráter redistributivo, o que representa um avanço.

Sobre a gestão estadual das referências, admite que é necessário preservar atuação das SES, pela garantia de financiamento compartilhado, inclusive na responsabilidade do gasto – é preciso que o estado gerencie dinheiro, sim. Lembra ainda que a questão orçamentária na área da saúde não se resolverá apenas pela vinculação, o que poderia assegurar recursos mínimos. Entretanto, lembra que a garantia de alocação em políticas sociais também é outra questão a ser resolvida, não estando garantida em sua totalidade – o que se tem concretamente ainda é a insuficiência dos recursos.

Prosseguindo, destaca que não deve ser esquecido que o caráter do SUS é de resistência a uma tendência internacional nas políticas sociais, com o afastamento do estado e o conseqüente desfinanciamento por parte do poder público. Assim conclama à palavra de ordem de não perder o SUS, pois para os gestores é preciso ter a grandeza de saber perder e saber a hora de ganhar, mantendo-se em vista a perspectiva permanente de não perder o SUS.

Insiste que o Estado, enquanto entidade, unidade federativa, deve ser preservada acima de tudo, pois não só faz parte real da federação brasileira como tem um forte papel a cumprir nas políticas sociais.

Lembra também que existe legitimidade em atender às necessidades dos cidadãos também como as dos eleitores – a lógica dos políticos não deixa de ter sua legitimidade.

Acredita que os recursos devam afluir ao sabor dos movimentos que os cidadãos fazem em sua vida e, neste aspecto, a situação atual do País ainda é de obstáculos que precisam ser suprimidos. Assim, defende que são, os gestores que devem administrar a justa partição dos recursos, para aplicá-los em benefício de quem de direito. Não se trata de tirar dinheiro de ninguém, alerta, mas propõe que a despesa esteja alinhada com a PPI, sendo esta a verdadeira questão de fundo a ser defendida. Defende ainda que o papel verdadeiro das SES, como gestores efetivos do sistema, inclui também o controle da chave do cofre, nos três níveis do sistema – em outras palavras, que os gestores sejam guardadores reconhecidos dentro do sistema.

Considerando algumas questões difíceis ligadas à gestão da alta complexidade, aponta para o consumo das classes médias neste campo, que é cada vez maior; que a chamada inflação médica a uma realidade e que o setor saúde ainda não determina de fato a incorporação de tecnologia – estes são problemas sérios a equacionar.

Finalizando, defende o aumento da oferta de serviços mais complexos por parte dos municípios, mas com determinadas cautelas, evitando-se a superoferta e a pressão de meras expectativas de consumismo em saúde em contraposição às necessidades reais da população. Aponta para a necessidade de se discutir a oferta de tais serviços com a sociedade, cada vez mais, ampliando-se o debate e evitando-se o jargão técnico e a histórica conversa apenas entre pares.

• **José Ênio Sevilha Duarte**

Secretário Municipal de Saúde de Marília – SP – Representante do CONASMS

Iniciando sua exposição faz menção aos "esqueletos que ainda estão guardados no armário", numa alusão às práticas do velho sistema de saúde no País. Admite, contu-

do, que a NOAS sem dúvida é fonte de avanços que até então aconteciam de forma mais ou menos atabalhoada, mas que, entretanto, não pôde superar totalmente os velhos moldes do antigo INAMPS. O caso da alta complexidade é notório, adverte, introduzindo a questão de saber se seria a CNR de fato uma necessidade no momento.

Defende que a NOAS é apenas o início de um processo, mas que é preciso discutir também outros temas, como equidade, integralidade etc., antes de se encerrar definitivamente um autêntico ciclo histórico. Lembra que a NOAS não fornece mecanismos para evitar o “fechamento de fronteiras”, no caso dos estados, pois ainda enfoca de forma distorcida a alocação de recursos. Quanto à questão das referências, acredita que a NOAS contempla as preocupações presentes, por exemplo, da definição de tetos municipais e também de responsabilidades sobre recursos.

Uma questão, sem dúvida delicada, é a do comando único, que deve ser preservado, mas que tal coisa não se resolve simplesmente por força de portarias. Alerta que a discussão política é fundamentalmente necessária, consistindo em uma maneira de respeitar a heterogeneidade da situação brasileira.

Quanto ao tema da responsabilidade dos estados, não tem dúvidas de que esta é clara e que é preciso admitir que a insuficiência de recursos ainda vigora, inclusive por responsabilidade deste ator.

Finalizando, faz críticas ao chamado Integra-SUS, que quebra o comando único e enfraquece gestores. Ressalta que ainda existem muitas outras questões a serem aprofundadas, que representam contradições do momento presente, por exemplo, o caso da portaria que regula pagamento de diferenciais de tabela com recursos próprios – o momento para a mesma pode não ser o mais adequado. Em conclusão, defende que a NOAS representa um avanço sim, mas serve apenas para começar o jogo.

- **Edson Andrade e Eleusis**

Presidente do CFM e da AMB, respectivamente

Agradecendo a gentileza da cessão da palavra pelo secretário municipal de Saúde de São Paulo, capital, Eduardo Jorge, relatam a ação impetrada no STF sobre um posicionamento da AGU que prejudica, no entendimento das entidades que representam, a aplicação plena da Emenda Constitucional 29.

Propõem manifestações pela não-aceitação passiva de medidas como estas, do MF e da AGU, que reduzem de fato o alcance das conquistas legislativas recentes, acarretando retiradas de 6 a 8 bilhões de reais até 2004. Já existem apoios declarados do

CNS, da CNBB e da OAB. Uma liminar cautelar será julgada no STF dentro de 10 dias aproximadamente. Solicitam, assim, desta plenária uma moção de repúdio, bem como presença ou representação junto ao ministro Moreira Alves, do STF, para impedir o que classificam como “mais uma imoralidade”.

DEBATES

1. Central de Regulação é um mecanismo de ampliação da oferta da assistência, sem dúvida. Contudo, a clientela procura encontrar outros caminhos para obter seu direito, por exemplo, um grande número de pacientes que fornecem endereço falso para ter acesso a atendimentos complexos; a tendência é de aumento de demanda por serviços complexos, mas na prática devem ser evitadas as barreiras (Jorge Solla);
2. Os grandes princípios presentes na NOB 96 continuam na NOAS, como, por exemplo, comando único, descentralização, recursos fundo estadual; comando único e repasse fundo a fundo são dois princípios fundamentais; diferentes lógicas de gestão podem ser admitidas, no entanto, os princípios básicos devem ser respeitados; regulação do sistema dos prestadores de serviço é um grande desafio presente e também os estados devem criar e aperfeiçoar sua capacidade regulatória (Jorge Solla);
3. É preciso que a tabela do SIA-SUS ofereça recursos necessários para uma atenção básica de qualidade; neste aspecto, os estados têm que colocar recursos também na AB (Jorge Solla);
4. A capacidade de prover resposta à população deve ser considerada um autêntico “núcleo irreduzível” de todo o processo de regulação; torna-se preciso aprofundar mais esta discussão; a idéia de uma Central Nacional de Regulação deve ser trabalhada produtivamente, isto é, sendo esta regulação um autêntico instrumento de inclusão social e também de equidade; entretanto, tal debate ainda está ainda muito pobre e pouco articulado, principalmente entre municípios e estados; é óbvio que também a relação entre municípios menores e municípios prestadores seja pautada por um princípio de justiça; cumpre, também, o convencimento, por meio de propostas adequadas, das vantagens da territorialidade aos pacientes e aos gestores (Armando de Negri);
5. As diferentes vontades, a de quem quer vender serviços *versus* aquela de quem possui necessidades de acesso aos serviços devem ser equacionadas mediante

processos solidários de construção de normas, como é o caso da NOAS (Armando de Negri);

6. A questão das referências nem sempre está ligada à ausência de serviços na origem, mas pode estar também ligada a fatores de preferência individual, o que nem sempre tem como ser contemplado; trata-se de um processo muito dinâmico, o das referências, de tal forma que correções e ajustes permanentes serão certamente necessários; a estimativa é que não ocorra uma “explosão” da demanda com a criação da Central de Regulação; questiona se realmente as Centrais deveriam legitimamente também financiar a livre-escolha do paciente (João Gabbardo, respondendo aos comentários anteriores);
7. Fique claro que o MS está trabalhando em busca de um consenso para dar suporte aos desdobramentos da regulação, mas, sem dúvida, hoje está mais fácil de discutir tais questões do que há um ano (Maria Helena Brandão);
8. Em relação ao questionamento de Gabbardo, é feita a defesa do princípio do “ir e vir”, ou seja, do respeito às necessidades das pessoas, que devem ter sua viabilização por parte do setor público; contudo, é preciso admitir que a associação entre recursos limitados e demandas crescentes envolve decisões estratégicas. Sobre a discussão do comando único: é defensável em todos os níveis, sim, mas obedecendo ao que está disposto e acordado, por exemplo, nas CIB; afinal, não é possível mudar a Constituição por regulamentos setoriais. Sobre a discussão dos recursos: deve-se procurar que sejam isonomicamente distribuídos, levando-se em conta capacidade instalada e as necessidades, mas, se alguma limitação se impuser, o princípio que deve prevalecer é o do compromisso maior com a vida; neste aspecto, é ainda lembrado que, no que diz respeito à Emenda 29, os estados vão ter maior dificuldade em cumpri-la do que os municípios (Armando Raggio);
9. Entre os cuidados referentes à pactuação está o de respeitar os usuários e seus costumes; a boa organização do sistema fundada na pactuação pode fazer com que algumas regulamentações, como a Central Nacional de Regulação, possam até ser dispensadas (José Enio Servilha);
10. O MS continua trabalhando em várias frentes nesta questão da regulação, mas evidentemente não consegue realizar tudo o que é necessário e ao mesmo tempo, até porque às vezes se trabalha com hipóteses provisórias; na verdade, não existe consenso sobre alguns pontos neste momento, mas espera-se que após a reunião prévia a ser realizada em seguida a este evento, as propostas levadas à CIT possam se aproximar (Maria Helena Brandão).

MESA IV – A IMPORTÂNCIA DA CONTRATUALIZAÇÃO NO FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE GESTORA DO SUS

• Renilson Rechem de Souza

Secretário de Assistência à Saúde – SAS/MS

Iniciou sua apresentação enfatizando que, se há necessidade serviços complementares do setor privado, deve ser realizada a contratação através de processo de licitação (Lei nº 8.666), existindo também outras alternativas, como o chamamento público e a realização de convênio.

Os entes federativos têm autonomia para firmar contratos e realizar processos licitatórios, através das modalidades previstas em lei. A forma mais fácil é através da chamada pública. Lembrou que é possível a ocorrência de inelegibilidade, quando não houver condições de competição.

Quanto ao processo de gestão existente no País, não se trata de contratar apenas um serviço isolado, mas sim constituir uma rede, com necessária definição prévia dos serviços a serem contratados. Assim, o preço pode ser estabelecido sem necessidade de disputa e apesar da existência da tabela SUS, os estados e os municípios têm competência de fixar outros patamares, ou seja, sua própria tabela.

Para o expositor, o processo de chamada pública é simples, e, uma vez publicada a tabela, o gestor chama todos os servidores cadastrados, pelo preço fixado em tabela. O edital vincula todo o processo de contratação posterior e é imprescindível obedecer rigorosamente a todos os procedimentos para a formação do processo de contratação. Em síntese, orienta, o edital de chamada pública (definição de serviços e estabelecimento de critérios) é o instrumento fundamental para o gestor. Através dele, é desencadeado um processo de definição de modelos de contrato, de ajuste entre entes públicos, além do uso da tabela nacional ou fora da mesma quando os recursos forem próprios.

• João Cláudio Bastos Pompeu

Aborda o tema das “Orientações para a compra de serviços de saúde”. Chama atenção para que o edital deve ser bem elaborado e completo, a fim de serem previstas todas as possibilidades, tendo como parâmetro as Leis 8.666 e 8.080, devendo estar claro que decisões dos gestores não se sobrepõem à lei.

Prosseguindo, lembra que existe um objeto (o que se está comprando), um regime de execução e uma dotação orçamentária pela qual ocorrerá a despesa. O fluxo da contra-

tacão de serviços começa pela análise da capacidade instalada e da necessidade de serviços. Feito isso, deve-se avaliar o desenho da rede, levando-se em consideração as unidades públicas e buscando-se alternativas, como o compromisso entre entes públicos e convênios. Somente após tais verificações, deve-se decidir pela contratação, ou não, dos serviços. Caso se decida pela contratação, tal processo deve ser feito por licitação (Lei 8.666/93) ou chamamento público. Neste, as empresas privadas sem fins lucrativos, que têm prioridade, podem prestar serviços através de convênio ou contrato de gestão (no caso das organizações sociais). As empresas privadas com fins lucrativos, caso escolhidas, farão acordo por meio de contrato. Como formas de contratação, tem-se a licitação (Lei 8.666/93) por preço ou por condições técnicas e preço ou ainda, no caso de inelegibilidade de licitação, (art. 25, da Lei 8.666/93), a chamada pública.

São fundamentos, para a inexigibilidade de licitação, a constituição de uma rede de serviços de saúde e o preço estabelecido pela tabela SUS (art. 25 da Lei 8.666/93).

A chamada pública é o procedimento no qual o gestor público informa a todos os prestadores de serviços de saúde cadastrados, que se disponham a integrar o SUS pelos preços estabelecidos na tabela, do seu interesse em contratá-los. Uma vez realizada a chamada pública, os gestores terão uma série de prestadores potencialmente qualificados, aptos a fazer contratos com o SUS. A chamada pública é realizada através dos seguintes passos: fixação da tabela a ser praticada, edital de chamada pública, ficha cadastral padrão e mais a circular da Secretaria Municipal a todos os prestadores de serviços de saúde., divulgando todo o processo. Segue-se a formação do processo de inexigibilidade de licitação para prestação de serviços na área de assistência à saúde. O edital de chamada pública é constituído pelas normas que regulam o processo de contratação. Nele devem estar definidos os requisitos a serem cumpridos pelas unidades de saúde para a prestação de serviços complementares ao SUS, os serviços necessários, os modelos de contrato, o preço a ser pago pelos serviços (tabela SUS de referência) e os critérios de classificação dos prestadores.

São cláusulas necessárias do Edital (art. 55 da Lei 8.666/93): a do objeto; a do regime de execução dos serviços; a de previsão do preço e suas condições de pagamento; a do crédito pelo qual correrá a despesa, com a sua classificação funcional-programática; a de previsão dos prazos de início e final da prestação de serviços, bem como os casos de rescisão.

Além disso, o edital ainda deve conter como cláusulas obrigatórias: a dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de resultado; a de previsão das obrigações e das responsabilidades das partes; a das pena-

lidades cabíveis e respectivos valores de multas; a da legislação aplicável à execução do contrato ou convênio e sua vinculação ao edital ou ao termo que o dispensou ou inexigiu; a da manutenção, por parte do contratado, das condições estabelecidas na habilitação, exigidas na contratação.

Existem também outras cláusulas recomendadas, tais como a da definição de critérios e indicadores objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, a da cessão de crédito presumido (quando couber) e ainda a da articulação com o Cartão SUS e com o Sistema de Regulação, Controle e Avaliação.

Como tipos de contrato, temos: o termo de compromisso entre entes públicos, o convênio, o contrato de gestão e os contratos. O Termo de Compromisso entre Entes Públicos é um ajuste firmado entre níveis de governo, no qual se pactuam o uso e as metas de uma determinada unidade prestadora de serviço, sob gerência de um nível de governo e gestão de outro. O Convênio pode ser realizado entre os próprios gestores do SUS, e entre estes e entidades filantrópicas e/ou sem fins lucrativos. O Contrato de Gestão, é firmado entre gestores do SUS e entidades privadas sem fins lucrativos, qualificadas como Organizações Sociais.

Os Contratos de Compra de Serviços entre gestores do SUS e particulares devem ser regidos por uma lógica de pagamento por produção (compra de serviços).

As entidades contratadas devem ter o pagamento de todos os serviços realizados incluídos na fatura. Cabe à entidade contratada o pagamento de todos os serviços e profissionais a ela vinculados.

Em virtude de algumas peculiaridades, instituiu-se a modalidade de repasse mediante a Cessão de Crédito Presumido, o que pressupõe o ajuste entre vontades, previsto no Código Civil, em que um crédito é cedido a terceiro. No art. 1.065, o credor pode ceder o seu crédito, se a isso não se opuser a natureza da obrigação, a lei, ou a convenção com o devedor. Deve ser ressaltado que, segundo o art. 1.067, em relação a terceiros, a transmissão de um crédito só terá valor se for celebrada mediante instrumento público.

Quanto ao repasse mediante Cessão de Crédito Presumido, o prestador de serviços contratado pelo SUS autoriza formalmente, mediante cláusula contratual, o gestor público a depositar os valores correspondentes aos serviços de profissionais, fornecedores específicos e serviços terceirizados em conta bancária do profissional/serviço/fornecedor. O Ministério da Saúde regulamentou esta modalidade para três situações específicas: serviços terceirizados de SADT, serviços de profissionais médicos (pessoas físicas ou pessoas jurídicas) e fornecedores específicos: CAPD e OPM.

Quanto às formas de repasse mediante Cessão de Crédito Presumido, o contrato entre gestor contratante e entidade contratada deve versar sobre o cadastro de profissionais (pessoa física ou jurídica), fornecedores (OPM, CAPD) e terceirizados (SADT). Assim, o Ministério da Saúde é autorizado a realizar cessão de crédito a esses, definindo também o fluxo financeiro.

Dois pontos são fundamentais: a revisão de riscos na contratação dos serviços e a periódica atualização dos cadastros de prestadores. Com referências às causas para a rescisão, o Ministério da Saúde exige a definição de penalidades e multas. É preciso ter isto claro, a fim de evitar problemas com o TCU que, de fato, é quem faz tal exigência.

Também é preciso estar atento à legislação aplicada à exceção do contrato e do requisito de manutenção das condições do contratante. Não se pode mudar as condições depois da efetivação do contrato, o que pode gerar rescisão ou penalidades.

Como sugestão aos gestores, é fundamental o uso das cláusulas recomendadas para auxiliar no processo de contratação, sendo imprescindível o uso de critérios indicadores objetivos de avaliação de desempenho. O contrato deve estar, além do mais, inserido na lógica do sistema, ou seja, vinculado a critérios ou indicadores objetivos de avaliação, como o uso do Cartão SUS, o sistema de regulação, controle e avaliação. O prestador deve estar submetido ao mesmo sistema, e ciente disto.

Finalizando, enfatizou a existência de várias opções para os gestores fazerem contratos com o SUS: convênio, com entidades filantrópicas sem fins lucrativos, contrato de gestão para entidades sem fins lucrativas qualificadas como organizações sociais. Lembrou que algumas questões devem ser consideradas, como a vantagem de maior autonomia administrativa e financeira daquelas entidades que se constituem como Organização Social, sendo que o patrimônio da mesma é público. Informou ainda que deverão ser lançados brevemente os Cadernos de Orientações para facilitar este processo.

- **João Gabbardo**

Secretaria de Assistência à Saúde – SAS/MS

O sistema público de saúde ao fazer contratos estabelece uma relação com a unidade prestadora de serviços (relação do sistema com a unidade credenciada, prestadora dos serviços). Citou, como exemplo, um hospital que irá se habilitar para a realização de cirurgia cardíaca, com os seus profissionais e equipamentos. O pagamento é feito, diretamente, às entidades contratadas por todos os serviços realizados. Cabe à entidade contratada o pagamento de todos os serviços e profissionais a ela vinculados.

Dada a possibilidade de cessão de crédito, o hospital pode fazer a cessão de crédito do serviço utilizado, procedimento que já é utilizado no caso das órteses e próteses. O pagamento da prestação de serviço é feito à unidade prestadora, ao hospital, que se concordar pode fazer a cessão de crédito do valor correspondente ao serviço profissional, ou a qualquer outro serviço terceirizado.

Quanto às possibilidades de cessão de crédito, podem ser contemplados os serviços terceirizados auxiliares de diagnóstico e terapia, tais como laboratório, radiologia, banco de sangue e também os profissionais (pessoas físicas ou entidades jurídicas, cooperativas). Lembrou que existem redes de profissionais e de serviços e também as cooperativas que podem envolver até mesmo o conjunto dos profissionais da unidade hospitalar, como os anestesistas. Sendo assim, é necessário que o gestor, ao fazer o contrato, explicita a possibilidade da cessão de crédito.

Lembrou, também, que existem várias opções de pagamento para serviços terceirizados. Ao fazer o contrato com a entidade deve estar explicitada a cessão de crédito, e, quando o hospital lançar o CGC, o valor será automaticamente lançado na conta do médico ou serviço terceirizado. A indicação do CGC de outra entidade, pela unidade hospitalar, indica que existe acordo para que seja feita a cessão de crédito. A partir da existência do contrato, o DATASUS faz automaticamente esse processamento.

• **Renê José Moreira dos Santos**

Diretor-Geral da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná – Representante do CONASS

Ressaltou a importância e a oportunidade ímpar de discutir os contratos. A questão ainda não foi debatida com a profundidade que merece e, apesar das mudanças, ainda existem dúvidas, assim como questionamentos legais. Alguns pontos são fundamentais, como a necessidade de ampliar o entendimento do arcabouço jurídico-legal existente.

É indispensável que se chegue a um entendimento uniforme para os gestores, os prestadores e os Tribunais de Contas. A Emenda Constitucional nº 29 está propiciando esta agilidade.

Questionou as dificuldades geradas pela aplicação da Lei 8.666, desenhada inicialmente para atender a demandas de grandes obras.

O contrato representa a possibilidade da segurança, à medida que permite o estabelecimento de regras precisas. O procedimento deve ser claro para os gestores: – Que serviços eu preciso comprar? Como fazer o contrato? Estas são as perguntas fundamentais. É necessário fortalecer o processo de capacitação para a elaboração de contratos e licitações.

Além disto, ao considerar contratos e licitações como parte da gestão do sistema

de saúde, é preciso definir uma estrutura de controle e avaliação: – Que preciso comprar, como, por quê, em que quantidade? Isto também é fundamental para definir as regras para o objeto. Portanto, pensando na gerência de um sistema, devem ser definidos os procedimentos de auditoria. Caso a relação se torne conflituosa, é preciso ter clareza quanto aos compromissos assumidos, assim como quanto às sanções a serem aplicadas no caso do não-cumprimento das cláusulas contratuais.

A relação que se busca entre o contratante e o contratado deve ser necessariamente formalizada, sistemática com clara definição das regras fundamentais e com um desenho operacional estabelecido. O instrumento de contratação deve ser difundido ao máximo (batizador), estabelecendo-se claramente as regras para o prestador de serviços. O contrato deve estabelecer ainda as condições de acesso e regularização. O termo de compromisso é um instrumento de garantia de acesso. É fundamental o envolvimento das assessorias jurídicas desde o início do processo de contratação para a construção de um consenso interno.

O expositor destacou, finalizando, que a contratação de pessoa física para atividades isoladas é uma questão polêmica. Admite também que o município de pequeno porte encontra dificuldades e enfatiza a necessidade da criação de mecanismo de proteção.

• **Fernando Antônio Cássio Martins Jr.**

Secretário de Saúde em Exercício do rio grande do Sul

Coordenador da Comissão de Regulação, Controle e Avaliação do CONASS

Destacou que é preciso utilizar outra forma de avaliar que não a clássica e colocou algumas questões para suscitar o debate. Lembrou da existência da tabela do SUS e da necessidade de se implantar tabelas diferenciadas.

Historicamente esta discussão foi realizada pela pressão dos prestadores, não pela lógica do valor real dos serviços. É preciso uma mudança de paradigma, na análise real de custos. A qualificação do sistema de saúde deve prevalecer sobre a lógica do interesse dos prestadores.

As ONGs e os filantrópicos são ambos privilegiados. Diante disto, como optar? Enfatizou a importância da administração da gestão e de suas peculiaridades, como a percentagem da capacidade instalada para a filantropia sobre todos os serviços e a questão dos terceirizados, que não são totalmente filantrópicos.

O banco de prestadores tem uma lógica complementar, ou seja, o banco não é aberto. Portanto, a pressão e o surgimento de demanda podem não ser reais e pode haver uma pressão por cadastramento. Assim, cabe ao gestor, diante de critérios previamente

definidos, o estabelecimento de quais serviços deverão ser contratados. Existem questões operacionais envolvendo crédito e a própria gestão orçamentária. A dotação orçamentária é realizada a partir do nível federal (o nível estadual é intermediário).

Enfatizou que a responsabilidade do serviço médico é de quem presta o serviço. Lembrou algumas questões polêmicas. O crédito presumido gera vínculo? Qual a interpretação do INSS? Ressaltou que o problema do Rio Grande do Sul é a relação não oficial do emprego e que existe a dificuldade de operacionalização do cadastramento de todos os profissionais. O entendimento existente quanto ao tipo de entidade, ao objeto e à compra de serviços deve estar claro para o gestor.

Finalizando, destacou a necessidade de capacitação das equipes técnicas quanto à elaboração de contratos e sua interface com o controle e avaliação.

• **Carlos Alberto Gebrim Preto**

Diretor Institucional do CONASEMS

Parabenizou a iniciativa do MS de debater este assunto de grande relevância. Historicamente, o ente federal sempre teve como função a contratação e a elaboração de documentos. Com a Constituição e a NOB/96, começa a haver uma cobrança mais efetiva para que os municípios assumam estas responsabilidades. Aponta que o item mais crítico é, sem dúvida, o fato de não haver uniformidade na interpretação das leis e das normas entre os vários atores envolvidos no processo, inclusive os tribunais de contas.

Para exemplificar a relação de cooperação existente entre os prestadores de serviço, foi citada a experiência do Paraná, com a ocorrência de propostas totalmente iguais.

Ressaltou a diversidade de mecanismos dos municípios em gerenciar os serviços e avaliar contratos, que acabam revelando não a ótica da prestação de serviços, mas sim um processo “comercial”, banalizado. As auditorias realizadas por parte do INSS geraram levantamentos como o não-pagamento de encargos e a apropriação indébita. Cabe lembrar que os pequenos gestores municipais geralmente não participam das negociações e sim os municípios maiores, o que poderia acarretar um reajuste velado das tabelas.

As dificuldades dos municípios têm início no momento em que assumem a gestão, no momento da habilitação. A discussão para determinar se os contratos anteriores poderiam ainda ser válidos, já que não existem outros, existe entre gestores municipais.

Ressaltou também a iniciativa da SAS de lançar os Cadernos de Gestão dos serviços e finalizou enfatizando a necessidade de fortalecimento dos gestores para o processo de contratação de serviços.

DEBATES

1. Esta deve ser considerada uma oportunidade ímpar para a discussão sobre contratos e formas de pagamento. Este tema ainda não foi suficientemente aprofundado, ainda não foi devidamente ajustado no SUS; há mudanças necessárias, sem esquecer que ainda existem questionamentos legais, o que remete à necessidade de ampliar o arcabouço jurídico legal e a um entendimento mais uniforme das questões concernentes tanto para os gestores, como para os prestadores, face aos tribunais de contas; mas é bem verdade que a EC 29 já está propiciando mais agilidade no entendimento por parte dos referidos tribunais. Enfatiza a necessidade de ampliar esta discussão. O contrato é fundamental não apenas para o gestor, mas também para o prestador. Deve propiciar um entendimento uniforme para o gestor, para o prestador e para os tribunais de contas da União e dos estados, O contrato representa a possibilidade da segurança, à medida que permite o estabelecimento de regras precisas. Sobre a polêmica da aplicação da Lei 8.666, não seria demais lembrar que ela foi desenhada para atender a outro perfil, as demandas de grandes obras, não exatamente para um campo como este; faz-se necessário um claro entendimento desse instrumento, à luz desse fato; assim deve ser a discussão sobre os processos de contratação, para que se evitem distorções após a sua implantação (René J. M. Santos);
2. Como fazer contratos adequados? É preciso fortalecer o processo de capacitação de quem vai gerir, tanto na área de contratos como de licitações, com a preocupação de definir uma estrutura, também coerente, de controle e de avaliação; é fundamental definir com clareza as regras para o objeto, por exemplo: "o que é preciso comprar, como, por quê, em que quantidade, com que formas de pagamento"; deve-se buscar um procedimento que facilite a relação entre as partes, no caso de surgir um conflito; cumpre também examinar a possibilidade de aplicar sanções e, para isso, é fundamental ter as regras bem claras em relação aos compromissos assumidos, Alguns outros pontos a considerar nos contratos são: estabelecimento de uma sistemática, termo de compromisso de garantia de acesso, formalização; assim, torna-se fundamental o envolvimento das assessorias jurídicas desde o início do processo. Enfatizou a necessidade de fortalecimento de um consenso interno nos municípios e estados. Necessidade de fortalecimento do processo de capacitação. A pergunta de partida essencial deve ser: existe a real necessidade de contratação complementar de serviços? (René J. M. Santos);

3. Os pagamentos contratuais devem obedecer a um desenho operacional previamente estabelecido. A contratação de pessoa física para atividades isoladas ainda é uma questão polêmica, principalmente nos municípios de médio e grande porte, e também difícil nos de pequeno porte; para tanto, devem ser previstos mecanismos de proteção, como, por exemplo, a máxima difusão do instrumento de contratação como um verdadeiro balizador da relação; devem ser estabelecidas, igualmente, regras claras para os prestadores. Termo de garantia de compromisso de acesso como regra de compromisso fundamental. Contrato como instrumento mais abrangente de regulação que garante condições de serviço, relação de acesso (René J. M. Santos);
4. Importância do envolvimento da assessoria jurídica desde o início do processo. Cessão de crédito presumido como alternativa para a resolução de questões como o pagamento de procedimentos médicos, mas deve haver um desenho operacional bem esclarecido. Existem enormes falhas provenientes das normas anteriores, por exemplo, sistemas de auditoria com a mesma lógica de prestação de serviços; assim, é preciso avaliar de outra forma que não a clássica, tendo a regulação como função essencial da gestão. O banco de prestadores é regido por uma lógica complementar, o banco não é aberto. Dificuldades na relação entre os entes público/privado na operacionalização do sistema de saúde (Fernando Martins Júnior);
5. Proposta de questões para suscitar o debate: (a) sobre a necessidade de que as regras do SUS contemplem tabelas diferenciadas (esta é uma discussão que foi historicamente realizada pela pressão dos prestadores, não pela lógica do valor real dos serviços); (b) sobre a necessidade de que seja realizada uma análise real de custos; (c) a qualificação deve ser do sistema de saúde e não apenas do interesse dos prestadores; (d) sobre a manutenção dos privilégios conferidos a ONGs e filantrópicos; (e) pressão e surgimento de demandas que não são reais; (f) pressões por cadastramento (Fernando Martins Júnior);
6. Acha inconcebível esta discussão, que já deveria estar equacionada. Não é possível a existência de situações de total ilegalidade. O TCU tem cobrado isto do Ministério da Saúde. Trata-se de tarefa extremamente importante. Algumas providências deverão ser tomadas urgentemente. Demonstrou grande preocupação quanto às questões levantadas sobre dificuldades de cumprimento dos prazos. Acredita que uma certa omissão do Ministério da Saúde pode estar piorando a situação. A organização do fluxo de compras é legitimada pelo CONASS e pelo CONASEMS. O Ministério da Saúde tem o papel de elaborar a proposta e de abrir o

debate. Existem vários encaminhamentos que devem ser simultaneamente realizados. A consultoria jurídica tem o papel de apresentar um entendimento claro e de dizer o que não se pode fazer. A idéia é começar o debate e algumas questões podem ser resolvidas pelo próprio tribunal de contas (Renilson Rehem);

7. Qual é o real problema para o gestor federal? Não há como aproveitar contratos, até porque o ente está extinto. O contrato não é um conjunto de regras difusas. Tudo tem que estar previsto no edital. A proposta é de estabelecimento de contrato de gestão, e não somente de compra de serviços (Renilson Rehem);
8. Estado e município devem ter capacidade de gestão. A conquista de poder implica assumir responsabilidades. A capacidade de gestão implica condições como auditoria e contratos, enfim, direitos e deveres (René J. M. Santos);
9. A tabela necessita de outra discussão, existe a necessidade de uma seqüência de tabelas. O custeio da tabela não vai se dar necessariamente com recursos federais (Fernando Martins Júnior);
10. As instituições filantrópicas são geridas pelo público ou pelo privado? Se ela se cadastra como filantrópica ela deve ser gerida como filantrópica, ou seja, tem de assumir os riscos e vantagens desta opção. É preciso considerar a percentagem do SUS reconhecida como filantrópica, que deverá ser tratada como tal. Caso ele não preencha os requisitos, deve receber o tratamento previsto na lei (denúncia). O cadastro é realizado para que se tenha uma base de prováveis prestadores. A responsabilidade do setor público vai além disto. Sobre a dotação orçamentária, é preciso que estados e municípios assumam sua responsabilidade. Todos os estados deveriam estar em gestão plena. É inadmissível que, depois de onze anos de promulgação da lei, isto ainda não tenha sido efetivado. A gestão plena não é prêmio ou conquista, é dever, questão insuperável (Fernando Martins Júnior);
11. O SUS começou nos moldes do antigo INAMPS, o que gerou instabilidade no início da década de 90 quanto ao financiamento. Os pontos críticos decorrem de falta de regras. Os municípios foram tentando fazer contratos, o que começou a gerar problemas, pois alguns serviços não tinham contrato com o INANPS. Podemos estar diante de um grande impasse, pois as dívidas fiscais colocam em risco a própria sobrevivência do serviço. Esta discussão não é nova. Talvez as discussões e soluções estejam sendo mais sistematizadas. O Estado tem papel fundamental (Fernando Martins Júnior);
12. No País, estamos assistindo à contratação de prestadores de forma criativa. O desenvolvimento da relação entre prestadores/gestores vem se desenvolvendo; a busca

é por um modelo mais coerente com a lógica do planejamento do sistema de saúde. A introdução de mecanismos transparentes é fundamental. É preciso clareza para justificar a compra de um serviço e não de outro. Os instrumentos devem ter este caráter prático. O modelo de contrato deve ser coerente com a lógica do SUS, com a lógica do planejamento do sistema de saúde. Contratação de serviços de saúde pode significar a formação de cartéis. A licitação será realizada pelas empresas. O consumidor final (usuário) é sempre atingido, O contratado deve assumir as responsabilidades e não pode contratar um terceiro para fazer um serviço (Renato Tasca);

13. Não há problema de se produzirem associações temporárias, ou seja, empresas se juntarem para realizar o serviço. Associação onde apenas uma se relaciona formalmente com o contratante para a prestação de contas. Este tipo de associação permite acesso a empresas menores e mais focalizadas (Renato Tasca);
14. Não existe a possibilidade de usar partes da Lei 8.666. Se o edital foi vinculado à mesma, esse vínculo se dá com a totalidade da lei. O contrato pode ser prorrogado, no entanto, o prazo é limitado, conforme o art. 57. Realizar licitações para compra de serviços a toda hora é um procedimento caro, que traz dificuldades para se trabalhar. A sugestão, que deve estar prevista no edital, é a de contratar serviços à parte. Para facilitar estes procedimentos, o Ministério da Saúde deve fazer um chamamento periódico de todos, realizando um cadastro geral (Gisele);
15. A discussão de um tema tão complexo não será esgotada neste encontro. Não se pode excluir a Lei 8.666 (Renilson Rehen).
16. Não existe a dificuldade de aplicação da lei. A lei de licitação foi regulamentada pela Constituição. O Ministério da Saúde apenas adota os critérios (Aida Santana);
17. A Lei 8.666 não foi concebida para a saúde e sim para a realização de obras. As alternativas da área de saúde devem ser negociadas. As questões geradas pelo INSS com os profissionais têm que ser resolvidas. A federação dos hospitais filantrópicos também deve ser discutida. A questão da realização de convenio ou contrato deve ser discutida antes, os prós e os contras devem ser pesados (Maria Luiza Jaeger);
18. Como fazer para resolver um problema que já existe há muito tempo? Existe uma questão concreta, que é o maior nível de exposição dos municípios. O ente federal e os municípios podem estar sujeitos a interpretações legais distintas. Apontou para a questão de chamamento ou de licitação? Não tem nada contra o chamamento. No entanto, quando existe um grande número de prestadores, o gestor

perde a capacidade de regulação. A Lei 8.066 permite a montagem de planilhas com base em critérios (Jorge Solla);

19. As entidades filantrópicas têm prerrogativas, enquanto o setor público tem de assumir os encargos. O setor público não acompanhou as reais necessidades de investimento. O uso de tabelas reflete a incorporação tecnológica. Este é o primeiro debate intragestores onde inúmeras questões muito importantes estão sendo discutidas. Contrato ou convênio? Público, filantrópico e privado: esta é a ordem prevista, que deve ser obedecida. Aponta ainda a avaliação do gasto como mecanismo importante para a avaliação do gestor (Jorge Solla);
20. O Ministério da Saúde não vai implementar nada ilegal. Existe preocupação neste sentido, com assessoria jurídica para tanto. Além disto, também existe jurisprudência sobre esta questão. A rede deve ser desenhada antes do edital de chamamento. É preciso definir os critérios de julgamento. O Cadastro SIA SUS é outra modalidade de chamamento público. A escolha deverá ser realizada de acordo com os critérios de rede. Existem alternativas, como o uso de critérios vinculados à vigilância sanitária e o estabelecimento de uma comissão de alto nível. A rede deve estabelecer o que deve ser priorizado quanto ao acesso e organizar um banco de prestadores (Maria Helena Brandão);
21. O cadastro é uma exigência do tribunal de contas. A discussão da Câmara Técnica é quanto ao prazo que será colocado como exigência para o cadastro. Até quando os gestores poderão fazer esta contratação? (Glaides);
22. O cadastro deve ter o número do contrato e da vigilância sanitária. A pauta da câmara questiona se o prazo é suficiente ou se é melhor adiar o mesmo para que os estados concluam o prazo de cadastro. As discussões realizadas foram produtivas e apontaram soluções positivas para os impasses no encaminhamento da NOAS. As discussões sobre comando único, atenção básica e indicadores foram propostas. O departamento está disponível para dar continuidade à PPI. A discussão é mais ampla, no que se refere à gestão. A PPI continua, com cronograma articulado na atenção básica nos estados. Novos fóruns deverão acontecer. É importante ressaltar a existência da assessoria jurídica e do cronograma de monitoramento das equipes de Saúde da Família do MS. Houve, sem dúvida, avanço nas discussões, sendo que os pontos prioritários deverão ser levados para a reunião na Câmara Técnica (Maria Helena Brandão).

3.

Seminário:

PERSPECTIVAS PARA A DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Autores: Flavio A. de Andrade Goulart: *Professor Titular do Departamento de Medicina Social da UnB*

Lucinéia Morely Machado: *Mestranda em Política Social de Departamento de Serviço Social e Política Social da UnB*

ABERTURA

• Renilson Rehem de Souza

Secretário de Assistência à Saúde – SAS/MS

A parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS é destacada, bem como o expressivo número de participantes no seminário. É possível a parceria com a academia, e é muito positivo derrubar o muro de preconceitos, de parte a parte. Enfatiza-se e confirma-se a importância de se continuar avançando com a descentralização, sob coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde – SES, para construir um sistema estadual de saúde.

A implantação da NOAS vem produzindo significativas mudanças no sistema de saúde. Todavia, há que se reconhecer os diferentes níveis de capacidade dos municípios, mas o sistema de saúde vem evoluindo, sem dúvida, para a eliminação da discriminação interna – um desafio que a NOAS enfrenta e que vem avançando com sucesso.

O ritmo de implantação da NOAS está sendo muito rápido, sem dúvida, mas com resultados palpáveis, tal como a elaboração de Planos Diretores de Regionalização (PDR) na maioria dos estados, o que significa um avanço enorme. Assim, mesmo diante de expectativas «realistas» a respeito do andamento da implantação da NOAS, não é difícil ser otimista com o atual processo. O fundamental foi ter começado a caminhar, para então chegar aonde está sendo possível, mesmo que nem tudo esteja completo ao final de 2002.

É preciso realmente reconhecer e valorizar as conquistas que já foram obtidas. Um exemplo significativo é que, pela primeira vez, tem-se um levantamento fidedigno das necessidades de investimento, pelo menos na AB e na média complexidade, possibili-

tado pela prática dos PDI. Este efetivamente é um novo momento na gestão do SUS, com a organização do mesmo em bases regionalizadas. Não seria possível, realmente, *ter tudo em toda parte*, até porque isto não contribuiria para facilitar o acesso à alta complexidade nos grandes centros.

- **Cláudio Duarte da Fonseca**

Secretário de Políticas de Saúde – SPS/MS

Faz três anos que ocorreram as primeiras habilitações de GPSM, e que as mesmas foram resultado de um esforço militante de pessoas que acreditavam no SUS, na possibilidade de reconstruir e remodelar a gestão. O tempo mostrou que este era o caminho certo, pois importantes conquistas foram alcançadas. O Brasil hoje é referência internacional no programa da AIDS. O Programa de Controle do Tabagismo também já alcançou repercussão internacional.

O papel das universidades tem sido fundamental, e as pesquisas aqui apresentadas por certo contribuirão para o desenvolvimento do SUS.

A atual fase do SUS, com a implantação da NOAS, acarreta visível aumento da responsabilização dos gestores e a ampliação do financiamento via transferências «fundo a fundo», recolocando a atenção básica (AB) no cenário, com ganhos também na pactuação, inclusive nas vigilâncias sanitária e epidemiológica.

NOAS para quê, afinal? Para aumentar a capacidade do gestor, ampliar e qualificar a AB, o cuidado à saúde próximo às situações de risco; para racionalizar e aprimorar a assistência, por exemplo, nas internações e nas emergências, através da organização da base do sistema, permitindo tocar nos determinantes sociais da doença; para aumentar a resolutividade, como acontece, por exemplo, com a implantação do Programa Saúde da Família; para reduzir a mortalidade.

A experiência do PSF sintetiza os grandes princípios da AB, como a incorporação de tecnologias e a conseqüente mudança das práticas, o trabalho em equipe, a educação continuada, as ações programadas, a ação baseada em evidências e a responsabilização. No entanto, este é um momento de conquistar novas fronteiras para a AB, por exemplo, no cuidado domiciliar, nas práticas de saúde mental, na definição de marcadores de acompanhamento. O apoio da academia também para esta fase será muito bem-vindo, como, aliás, já acontece.

É certo que ainda existem no País algumas questões pendentes, que poderiam ser solucionados via AB, como é o caso do controle da tuberculose, do incremento de qualida-

de no parto e sua garantia. Registra-se também a necessidade de incrementos na qualidade dos sistemas de informação em saúde, a fim de que se resolvam problemas ligados a bases de dados ainda pouco precisas, com alimentação inadequada dos bancos de dados.

- **Fernando Passos Cupertino**

Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS

O excelente entrosamento entre os gestores desperta boas expectativas em relação ao momento presente, no qual muitas conquistas estão sendo concretizadas, sendo que os desafios para o futuro são estimulantes.

- **Silvio Mendes**

Presidente do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS

É possível fazer-se hoje uma avaliação muito positiva do atual momento do SUS, que deverá ter como resultado mais saúde no Brasil. Muito se fez, tanto na decisão como na ação. O momento é propício para refletir e olhar para frente, aproveitando-se da maturidade alcançada pelos gestores.

METODOLOGIA E RESULTADOS DA PESQUISA: "AVALIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS EM GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

- **Pof^a. Dra. Ana Luiza D'Avila Viana**

Coordenadora de Pesquisa

Os dados apresentados estão disponíveis em *CD-ROM* ou também através do site www.saude.gov.br/sas

Trata-se de um extenso trabalho que teve como *objetivos gerais*: (a) avaliar o processo de implementação da Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM); (b) produzir novos conhecimentos acerca do processo de descentralização em saúde; (c) além de formular recomendações de políticas especialmente voltadas para a construção da regionalização e de sistemas de saúde, em um país com acentuadas diferenças de ordem regional e sócio-econômicas, e com diferentes capacidades administrativas/institucionais no plano municipal.

Entre os *objetivos específicos* da pesquisa podem ser citados: (a) conhecer, de modo sistemático, as características dos municípios em GPSM; (b) conhecer o processo

de implantação da GPSM; (c) identificar e sistematizar os fatores institucionais que condicionam positiva ou negativamente a municipalização em saúde; (d) avaliar comparativamente os municípios em GPSM; (e) conhecer a extensão e os modelos de municipalização em saúde desenvolvidos na GPSM, de forma a apreender os tipos desenvolvidos de municipalização, segundo capacidades de gestão municipal, os impactos dos modelos de municipalização, principalmente em relação à integração dos níveis de assistência, e os condicionantes do exercício do poder gestor municipal.

A pesquisa desenvolvida teve como *hipótese central* que as variações no desempenho da gestão plena de sistema municipal são resultado da combinação de três fatores: as variações nas características estruturais do município, as variações nas características dos sistemas de saúde implantados, e as regras de implantação da GPSM definidas pelas instâncias estaduais (CIB/SES).

As hipóteses específicas previram que as variações nas características dos sistemas de saúde implantados dependem das capacidades municipais de gastos, da dimensão da máquina administrativa municipal, do aprendizado institucional prévio e da capacidade de atenção segundo níveis de assistência e do poder gestor municipal.

Foram avaliados 523 municípios em GPSM (até 12/2000), segundo suas trajetórias de habilitação, ou seja, seus percursos prévios pelas modalidades de gestão da NOB/93, assim caracterizados: *baixa trajetória institucional* 159 (30,4%), *média trajetória* 245 (48,6%) e *alta trajetória* 110 (21%).

A análise destes municípios em GPSM segundo as regiões mostra o predomínio do Sudeste, com 269 municípios (51,4%), e ainda o Nordeste, com 130 (24,9%), o Norte, com 57 (10,9%), o Sul, com 43 municípios (8,2%) e o Centro-Oeste, com 24 (4,6%).

Quanto ao porte populacional dos municípios, cerca de 174 (33,3%) têm de 20 a 100 mil habitantes, abrigando 53,8% da população da mostra, sendo oito capitais, abrigando 3,3% da mesma população. A grande maioria dos municípios (452 – 86,4%) passou a GPSM em 1998. Foram apresentados os resultados do cruzamento das diversas variáveis: trajetória, ano de habilitação, porte populacional e região, informações disponíveis no endereço mencionado.

Na seleção de indicadores, foram considerados sete eixos: (a) *padrão da oferta ambulatorial* existente no município (perfil da capacidade instalada, perfil da produção e cobertura); (b) *padrão da oferta hospitalar* (perfil da oferta, produção e cobertura hospitalar); (c) *padrão da oferta ambulatorial sob gestão municipal*, (perfil da produção e cobertura); (d) *padrão da oferta hospitalar* (perfil da capacidade instalada, produção e cobertura); (e) *padrão do financiamento via gasto federal* (faturamento de ações e serviços ambulatoriais existentes, faturamento hospitalar); (f) *perfil do*

financiamento e gasto municipal (via SIOPS); *modelo de atenção à saúde adotado no município* (perfil da atenção à saúde adotado). Para a elaboração de cada indicador, foram detalhados os elementos escolhidos para compor o perfil das mesmas.

As variáveis escolhidas para o estudo, como fatores de diferenciação, foram: (a) o número de ações básicas por 1.000 habitantes; (b) a percentagem de ações básicas no total de atendimentos em unidades públicas; (c) a percentagem de atendimento básicos no total de atendimentos sob gestão municipal; (d) o número de ações básicas por habitantes sob gestão municipal; (e) as transferências federais de atenção básica por habitante; (f) o número de ações de média complexidade por 1.000 habitantes; (g) o número de ações de média complexidade por habitantes sob gestão municipal; (h) o número de ações de média complexidade por 1.000 habitantes; (i) o número de ações de alta complexidade por habitantes sob gestão municipal; (j) as transferências federais de MC e AC por habitante; (l) o número de internações por habitantes; (m) o número de internações em hospitais sob gestão municipal por habitantes; (n) a percentagem de internações em hospitais sob gestão municipal no total de internações realizadas, e (o) a percentagem de internações de não residentes no total de internações.

Os municípios foram distribuídos em seis agrupamentos, de acordo com as características apresentadas, a saber:

1. Alta capacidade de oferta e gestão municipal na atenção básica.
2. Alta capacidade de oferta e gestão municipal em alta complexidade.
3. Alta capacidade de oferta hospitalar.
4. Alta capacidade de oferta municipal hospitalar com maiores transferências federais per capita.
5. Baixa capacidade de oferta e gestão municipal.
6. Alta capacidade de oferta e gestão municipal em média complexidade.

Foram apresentados vários dos resultados da pesquisa, por exemplo, demonstrando a evolução dos diferentes agrupamentos: em 1988 existiam 99 municípios em GPSM classificados pela pesquisa como pertencentes ao grupo de baixa capacidade de oferta e gestão municipal; em 2000, este número cai para apenas 11. Da mesma forma, mostrou-se a expansão, retração e migração intergrupos entre 1998 e 2001, com a composição dos grupos por níveis de assistência, distribuição dos agrupamentos por estado e os condicionantes de desempenho dos grupos.

Houve uma evolução positiva dentre os municípios habilitados em gestão plena, entre 1998 e 2000, ou seja, ocorreu um maior adensamento dos sistemas municipais de saúde ou

ganho sistêmico e, portanto, uma melhoria nos padrões de cobertura, financiamento e gasto dos diferentes níveis de atenção. Tal ganho sistêmico é perceptível tanto pela evolução dos grupos de menor nível para os de maior resolutividade (medido pela expansão dos grupos 6 e 2), quanto pela maior abrangência dos níveis de assistência, incrementando, portanto, a composição e a abrangência da atenção. Em 2000 todos os grupos têm avaliação alta no fator que mede a capacidade de cobertura da atenção básica e dois grupos conseguem atingir um alto grau de suficiência sistêmica, isto é, obtêm valores altos em pelo menos três fatores.

É interessante observar que a maior resolutividade está correlacionada com alto aprendizado institucional, maior receita orçamentária, maior capacidade de gasto e maior gasto com pessoal, isto é, máquinas administrativas mais robustas.

Esse perfil mais homogêneo do sistema de saúde, em 2000, não significa necessariamente uma melhoria nos padrões de igualdade, considerando a igualdade como a capacidade de o sistema oferecer mais recursos para aqueles que mais necessitam de assistência, pois a despeito da melhoria da distribuição regional dos grupos (regiões mais pobres adentram em grupos mais resolutivos, são os grupos menos resolutivos que possuem menor disponibilidade financeira e menor capacidade de gasto.

■ COMENTÁRIOS SOBRE A PESQUISA

• Eduardo Levocvitz

Consultor da OPAS/Washington

As tendências demonstradas pela pesquisa são visivelmente positivas. Além disso, o processo de compartilhamento dos resultados é exemplar, para as agências financiadoras, inclusive.

Na visão de consultor que tem acompanhado o processo de reforma da saúde em muitos países latino-americanos, o caso do Brasil, como confirmado por esta pesquisa, não tem contraponto em outra parte, seja na quantidade ou na qualidade de envolvimento de atores sociais da saúde e também nos resultados obtidos. Além disso, o fato de se obter a articulação entre uma tradição acadêmica e a organização de serviços, como também acontece no Brasil e esta pesquisa bem o demonstra, também é um fato auspicioso e inédito.

Destaca-se a importância das informações aqui veiculadas para a divulgação aos diversos atores políticos. As supostas «imaturidade» ou a «inviabilidade», além de outras críticas que se fazem costumeiramente ao SUS ficam a partir de agora bastante desacreditadas.

O momento atual é qualitativamente diferenciado, pois nele juntam-se peças que andaram separadas, ou seja, o sistema e a rede de serviços, o que supera definitivamente uma fase em que a discussão se concentrava apenas em relações entre esferas de governo. Isto representa sem dúvida uma forte tendência de amadurecimento político, administrativo e técnico.

Mesmo a organização de uma «rede» de serviços, como se vê no Brasil, a partir da perspectiva de regionalização, com o grau de descentralização que aqui se obteve, é também um fato absolutamente inédito, inclusive em termos mundiais. É importante constatar que tudo isso tão-somente de um cumprimento rigoroso da Constituição Federal.

Um importante aspecto a destacar é a confirmação de que existe de fato o exercício de «vocações» municipais em saúde, auto desenvolvidas localmente, conforme demonstram as «migrações» em direção a formas mais evoluídas de gestão, como revelado pela pesquisa.

O que se vê, afinal, é que a discussão passa a ser a respeito de saúde e também de formação de redes, não mais sobre dinheiro ou preocupações menores, por exemplo, sobre vinculação das unidades às esferas de governo, objetos de comando, etc.

Em um processo dessa natureza o monitoramento contínuo é um grande desafio e neste aspecto é importante manter o ritmo de análise, acumulando informações ao longo de 2002.

As presentes conclusões estão bastante baseadas em evidências, o que se antepõe a determinadas análises divulgadas em relatórios recentes da OMS, por exemplo, marcados por profundo autoritarismo e desconhecimento da realidade local brasileira.

O desconhecimento do que se passa entre os países da América Latina é, infelizmente, muito grande, particularmente no que se refere ao Brasil, que não conta, além do mais, com certos «agentes promotores» de suas políticas, como acontece por exemplo com o Chile e a Colômbia. A OPAS hoje volta a reconhecer o Brasil, mesmo após polêmica suscitada pelo Relatório 2000 das OMS. Assim, torna-se preciso divulgar internacionalmente estes resultados, até por «um dever solidariedade» com os vizinhos latino-americanos.

EXPOSIÇÃO: RESULTADOS DA PESQUISA POR REGIÃO E POR AGRUPAMENTO DE MUNICÍPIOS

• **Luciana Dias de Lima, Luiza S. Heimann, Roberta Oliveira**

Equipe de Pesquisa

Mais uma vez, os dados apresentados estão disponíveis no CD-ROM ou na página da SAS/MS. É de grande importância que os gestores analisem com calma os resultados

apresentados pelos seus municípios, pois as informações disponíveis permitem comparar a extensão e os modelos de municipalização em saúde desenvolvidos na GPSM, segundo capacidades da gestão municipal e a oferta assistencial. A quantidade de informações disponíveis é realmente muito grande, pois houve o cruzamento de dados, com a utilização de muitas variáveis.

Os indicadores de perfil da oferta ambulatorial existente no município evidenciam a importância que o setor privado tem em determinadas regiões, como a Nordeste, Norte e Centro-Oeste e a grande carência de cobertura na região Norte, maior no Sul e no Sudeste.

Os indicadores de perfil da oferta ambulatorial existente, segundo o aprendizado institucional, mostram que o mesmo é fator significativo de maior oferta dos serviços. A oferta ambulatorial sob gestão municipal, segundo regiões, evidencia a existência de um pico no Sudeste e Sul. Ainda neste aspecto, considerando o aprendizado institucional, os municípios que tiveram uma trajetória de habilitação em gestão semiplena da NOB 93 (alto aprendizado institucional) tiveram melhor desempenho, apresentando maior número de ações básicas e de alta complexidade sob gestão municipal.

O padrão de oferta hospitalar sob gestão municipal, segundo os agrupamentos, apresenta como característica que alguns municípios podem estar perdendo sua capacidade de pólo.

O financiamento e o gasto federal por região apresentam uma tendência para alta e média complexidade, que cresce na Região Centro-Oeste e Sul. Quanto ao gasto federal, segundo o aprendizado institucional, os municípios que foram habilitados na NOB/93 são os que detêm maior capacidade de oferta e recebem maior volume de oferta e recebem maior volume de recursos financeiros.

Quanto aos modelos de atenção à saúde adotados nos municípios, segundo as regiões, as despesas com PACS/PSF são mais significativas nas regiões Nordeste e Norte, sendo que as altas coberturas na Região Centro-Oeste parecem não ser suficientes para reverter o modelo.

Foram apresentados inúmeros resultados da pesquisa, todas disponíveis em CD ou *on-line*, com indicadores, tipologia e análise da Gestão Plena do Sistema Municipal, entre eles: (a) padrão da oferta hospitalar existente nos municípios; (b) padrão da oferta hospitalar existente segundo aprendizado institucional; (c) padrão da oferta ambulatorial sob gestão municipal, financiamento e gasto municipal segundo regiões; (d) indicadores de padrão de oferta ambulatorial sob gestão municipal segundo os agrupamentos, e (e) padrão de financiamento, gasto municipal segundo os agrupamentos.

Resultados de uma *análise* epidemiológica dos agrupamentos também foram apresentados, tomando-se por base diversas dimensões explicativas dos problemas de saúde da população: problemas (sociedade, grupos, indivíduos), respostas sociais (promoção, prevenção, reabilitação, cura) e condições de vida (do ponto de vista biológico, ecológico, de consciência e conduta e econômica).

Considerando que as intervenções do setor saúde modificam ou melhoram as condições de vida das populações, e que existe constantemente a busca de um instrumento para estar medindo os resultados da ação, a pesquisa baseou-se no critério de *mortes evitáveis*, indicador que vem evoluindo historicamente, atualmente agregado à discussão de eventos sentinela.

A seleção de indicadores da Agenda Nacional de Saúde levou em consideração a magnitude e relevância de problema no atual estágio do SUS, bem como a capacidade em termos de tecnologia e de recursos financeiros para intervir de forma resolutiva nos problemas de saúde.

A grade de indicadores de resposta do sistema de saúde foi construída sendo considerando como variável as mortes de 1 ano de 1996 a 1998; coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho circulatório; coeficiente de mortalidade por câncer uterino; coeficiente de mortalidade por causas externas; coeficiente de mortalidade por doenças infecciosas e proporção de óbitos por sintomas, sinais e achados anormais ao exame clínico e laboratorial.

Os resultados aprestados representam o comportamento das médias dos municípios analisados em 1998, destacando-se os grupos I, III e IV. Quanto às causas externas, dois grupos ficaram com resultados muito próximos, o que se explica pelo fato de serem grupos onde os municípios estão localizados em áreas de menor violência.

Existem evidências, apontadas pela pesquisa, de que os grupos de municípios respondem diferentemente, sendo que em alguns grupos apresentam melhor resposta ao conjunto de causas evitáveis.

As ações voltadas para mulheres e crianças aparecem com destaque, o que necessita ser repensado, levando-se em conta os atuais padrões demográficos de envelhecimento da população.

Também foi apresentada a análise epidemiológica dos agrupamentos. Os grupos III e V são heterogêneos na média dos municípios, e o grupo VI apresenta-se como o mais regular.

Os resultados evidenciam a importância do papel da gestão, apresentada nas se-

guintes considerações finais: quanto maior o adensamento sistêmico, maior a capacidade de resposta do sistema ao perfil epidemiológico; a capacidade da gestão municipal é determinante nas respostas do sistema (diferença entre o grupo 3 e 4 pelas médias dos coeficientes e pela homogeneidade dos grupos 1, 2, 4 e 6); as brechas redutíveis podem orientar as intervenções e o monitoramento dos municípios em GPSM pode ser feito pelas condições traçadoras (tipologia dos municípios construída na pesquisa), através de eventos sentinelas (óbitos evitáveis).

Foram também apresentados os resultados do *inquérito com os gestores municipais (survey)*, ressaltando o alto percentual de retorno (70%), ou seja, 362 questionários foram respondidos. Também foi feito um inquérito com os gestores estaduais, para verificar a visão dos mesmos sobre este processo (GPSM), com alta percentagem de retorno (68%).

O questionário era amplo, abordando inúmeras questões, entre as quais: a estrutura organizacional e caracterização da administração da saúde; a origem dos recursos e sua movimentação, o planejamento, a gestão do sistema, o modelo e a estratégia de gestão da assistência, os recursos humanos etc.

Alguns resultados preliminares do *survey* com secretários municipais de saúde merecem destaque. A *qualificação profissional* é a alta e específica na área da saúde pública: cerca de 60% dos secretários municipais de saúde possuem alta qualificação, com realização de cursos de pós-graduação em pública e/ou gestão hospitalar.

Quanto à *experiência profissional* específica na área de gestão pública do setor saúde, em torno de 50% dos gestores possuem alta trajetória na área, tendo desempenhado função de dirigente ou assessoria técnica. Esse dado é compatível com o investimento profissional, com destaque para a região Nordeste, que apresenta um percentual de 63%. É também significativa a participação do gestor nos conselhos do SUS: cerca de 40% dos secretários possuem alta participação, o que representa estarem participando em mais de um conselho.

Os *fatores que motivaram a habilitação* na NOB/96: em torno de 100% do processo de habilitação no conjunto de municípios pode ser considerado como compartilhado, ou seja, a habilitação realizou-se a partir da iniciativa e decisão da gestão municipal, com destaque para a grande homogeneidade percentual entre os grupos e regiões.

Na *descentralização de unidades de saúde*, cerca de 40% dos municípios receberam unidades das outras esferas de governo. Destaque para as regiões Norte e Nordeste (76% e 52%, respectivamente), indicando que a GPSM foi decisiva para a municipalização de unidades nessas regiões. Quanto ao impacto da GPSM, 87% dos gestores avaliam a GPSM como tendo um bom impacto.

Quanto à *descentralização de ações de saúde coletiva*, elas ocorreram na vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, controle e avaliação, programa de saúde pública e controle de endemias.

Quanto à *autonomia de gestão*, 60% dos municípios foram classificados na categoria de alta autonomia de gestão, com destaque para a região Nordeste (76%).

Como fonte de recursos mais importantes, 71% dos municípios apontam a fonte federal, com destaque para a região Sudeste, que apresenta a menor dependência dos recursos federais (56%). O chamado estrangulamento financeiro aparece em 40% dos municípios classificados em alto constrangimento financeiro, com destaque para o grupo 2 (alta complexidade) com 63%, e para o grupo 1 (AB) com 32%. Como inovação, na questão financeira, fontes alternativas de recursos foram apontadas por 77% dos municípios, tais como multas e outras parcerias.

O *Fundo Municipal de Saúde* é administrado por 70% dos municípios, gerenciado de maneira colegiada e com a participação do *Conselho Municipal* (60%), sendo que 85% são ordenadores de despesa. Quanto à natureza dos gastos, os municípios informam, de maneira geral, gastar com aquisição de materiais, medicamentos, pagamentos de serviços de saúde, pagamento de fornecedores e pessoal.

■ EXPOSIÇÃO: A POLÍTICA ALOCATIVA DE RECURSOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E A REDUÇÃO DAS DISPARIDADES REGIONAIS

• Barjas Negri

Secretário Executivo do Ministério da Saúde

Para discutir a questão da disparidade regional, é preciso fazer um retrospecto da construção do SUS e voltar aos 60 anos, quando a assistência à saúde, tanto no segmento ambulatorial como no hospitalar, era centrada nos recursos do antigo INAMPS. Tais recursos vinham da contribuição previdenciária, e, por isso, ao longo do tempo, ocorreu uma concentração de equipamentos de unidades de saúde nos grandes centros urbanos, onde também se concentrava a população contribuinte.

Estudos feitos, nos anos 80, revelaram que desigualdades já existiam nesse período, já que os recursos advinham da economia formal, ou seja, mediante a contribuição daqueles que tinham carteira assinada, concentrados nos grandes centros urbanos do País. Assim, nada menos do que 50% dos gastos ambulatoriais e os hospitalares do antigo INAMPS estavam alocados em única região, a do Sudeste.

É a Constituição de 88 que coloca no horizonte das políticas sociais no Brasil, com muita clareza, a universalidade, a obrigatoriedade do Estado na prestação do serviço e os direitos e obrigações de cada um. O resultado foi a implantação do SUS. No entanto, ao se propor a universalidade e ao se colocar dentro do SUS, subitamente, o atendimento de milhões de pessoas, o sistema ficou, por assim dizer, «com a perna quebrada», pois seu financiamento não foi equacionado de forma devida. O que ocorreu foi uma espécie de «carta intenções», não concretizada totalmente. A própria tentativa de se fazer uma vinculação de recursos, nos moldes da Educação, por razões políticas da ocasião, não chegou a ser concretizada.

O movimento sanitário conseguiu, no início da vigência da Carta Magna, colocar na lei de Diretrizes Orçamentárias a obrigatoriedade de se gastar um percentual fixo do orçamento da Seguridade Social na saúde. Isso, entretanto, tendo valido para o primeiro ano, não chegou a se efetivar nos anos seguintes. Foi assim que o sistema assumiu de fato a universalização, com uma enorme demanda por serviços, sem, entretanto, ter equacionado as questões do financiamento e da disparidade na oferta de serviços.

Tal disparidade precisa, entretanto, ser melhor compreendida. Assim, por exemplo, não se prestavam serviços de forma adequada nas regiões Norte, Nordeste ou Centro-Oeste por falta de vontade política. O que ocorria é que não havia investimentos necessários na rede pública ou na rede privada, que eventualmente pudesse ser contratada pelo SUS para suprir demanda por atendimento. Mesmo que houvesse vontade política de ampliar, de forma razoável, os gastos ambulatoriais e hospitalares, não existia a possibilidade de uma resposta imediata, por conta da inexistência de uma maior oferta de serviços, oferecidos por uma rede diminuta de ambulatórios e hospitais. Assim se consolidou ou até mesmo se aprofundou a iniquidade no sistema.

Se não bastasse isso, o sistema tinha ainda uma forte instabilidade no seu financiamento. Nos anos recentes, há um certo privilégio de atuarmos em um clima de marcante estabilidade no financiamento, porém são bem conhecidos pelos que militam na saúde os graves problemas correlatos ocorridos entre 1989 e 1994, quando as crises da economia e seus reflexos nas receitas públicas impactavam, sempre de forma negativa, o financiamento da saúde.

Voltando aos gastos do antigo INAMPS, e acompanhado também as outras esferas, verifica-se que os orçamentos mostravam oscilações, como se fosse uma «montanha-russa»: em um ano crescia e no outro decrescia, acompanhando os movimentos da economia e da arrecadação. O que era pior: como os recursos da saúde eram provenientes do orçamento da seguridade, a saúde ainda tinha que competir dentro do orçamento previdenciário.

Em determinados momentos, como aconteceu em 1993, por exemplo, a decisão política tomada foi a de primeiro pagar-se aos aposentados e só depois verificar se seria possível, ou não, fazer as transferências para a saúde. E foi assim que o orçamento da saúde se encolheu em alguns períodos. O sistema buscou uma solução paliativa, que foi a criação de um Imposto Provisório Sobre Movimentação Financeira – IPMF. Isto forneceu recursos à saúde durante um certo período até que se viu argüida a sua inconstitucionalidade. Com isso, tais recursos nos anos seguintes simplesmente desaparecem, e assim vem nova crise que aprofunda ou mantém a desigualdade. O que se vê é um sistema que ficava persistentemente sem recursos suficientes, tanto para pagar os serviços prestados ou os serviços demandados na área ambulatorial e hospitalar, quanto para fazer investimentos na readequação da rede física dos SUS. Além disso, também não se ampliava a oferta dos serviços.

O panorama constatado neste período era o de um verdadeiro estrangulamento financeiro no custeio do sistema, com o aprofundamento da desigualdade na oferta de serviços e a impossibilidade de fazer investimentos significativos. As medidas paliativas se sucederam: recorreu-se ao IPMF; fizeram-se empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) – o famoso «empréstimo-ponte», que na linguagem dos economistas significa que a devolução do dinheiro só ocorrerá quando houver uma estabilidade no financiamento. Foi assim que se passaram as coisas, do final dos anos 80 ao início dos anos 90. A instabilidade gerava também forte insegurança no prestador de serviço, por atrasos de pagamento, por exemplo. Tudo isso provocava o aprofundamento ou a manutenção da distribuição desigual por região dos recursos do atendimento.

Entre 1994 e 1996 também houve problemas, e não é por outra razão que os empréstimos e recursos do FAT foram mais uma vez solicitados. A tabela de procedimentos tinha sido reajustada, mas como o sistema de saúde não obtinha numerário para pagar, estes ficavam, evidentemente, com atrasos no pagamento.

Os anos de 1997 e 1998 foram de transição. O governo tentara, mais uma vez, uma solução provisória, a criação da CPMF, prevista inicialmente por dois anos, para colocar um pouco mais de recursos no SUS. Logo em seguida, entretanto, conseguiu-se elevar o padrão de gastos do MS, com maior estabilidade e credibilidade do órgão perante os prestadores de serviço, fornecedores de insumos, o FAT etc. Aliás, é bom lembrar que os recursos do FAT pertencem aos trabalhadores, e se saíram do seu caixa para empréstimo devem voltar para a manutenção e recuperação do patrimônio do mesmo. Os empréstimos realizados em 1993 e 1994 foram, em boa parte, pagos em 1997 e 1998, e os empréstimos feitos em 1995 e 1996 também foram pagos durante 1997, 1998 e 1999.

No final dos anos 90, completa-se a transição para um sistema um pouco mais adequado, com a CPMF passando de provisória para definitiva, elevando dessa forma o patamar de financiamento do sistema de saúde, mesmo com uma parte da CPMF indo para a Previdência Social.

Em 1999, uma grande articulação envolvendo o CONASS, o CONASEMS e o Conselho Nacional de Saúde, junto ao Congresso Nacional, com liderança do ministro José Serra, obtém aprovar a Emenda Constitucional nº 29, abrindo um horizonte de estabilidade e crescimento no financiamento da saúde. Uma articulação semelhante, é bom lembrar, lograra aprovar alguns anos antes a Norma Operacional Básica de 1996, cuja importância está na adaptação e no detalhamento da lei orgânica da Saúde – LOS, o que permitiu fazer, de forma conseqüente e inédita, a descentralização do sistema associada à descentralização dos recursos.

Os avanços permitidos pela NOB 96 contemplaram, de forma mais rápida e mais acentuada, a atenção básica (AB), com a criação do Piso de Atenção Básicas (PAB), em sua forma fixa e variável, esta última voltada para o financiamento de programas de combate às carências nutricionais, de assistência farmacêutica básica, PACS, PSF. Estes dois últimos, aliás, eram ações não previstas na NOB, mas na verdade estavam implícitos nela. Em 1997, foram realizadas as adaptações da norma, para que também estas ações fossem financiadas.

A descentralização mediante a NOB 96 como que «se alastra» em 1998 e 1999 por grande parte dos municípios brasileiros, com um real aporte adicional de recursos na AB e tentativas de correção das distorções. No PAB, por exemplo, de acordo com estudos realizados pelos técnicos do MS, principalmente da SAS, foi detectado que a disparidade da alocação, da distribuição e da transferência de recursos pelo sistema de faturamento continha grandes distorções, em todo os níveis. Mesmo dentro de um único estado que recebesse recursos acima da média nacional, havia disparidade dos recursos da atenção básica. A simples fixação de R\$ 10,00 por habitante/ano já permitiu homogeneizar a situação de cerca de 2 mil municípios, ou mais, que recebiam abaixo de R\$4,00 ou R\$5,00 por habitante/ano. Significou, na época, duplicar recursos, mesmo reconhecendo que tal cifra é ainda insuficiente para o atendimento adequado da população residente. Assim, ganharam os municípios que, por alguma razão histórica, não tinham condições de ter uma oferta de serviços em AB. Além disso, a introdução do PAB fixo permitiu alocar uma quantidade enorme de recursos nos estados, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Essa distribuição representou sem dúvida um «primeiro ato» para a redução das desigualdades na atenção básica.

Mesmo para a AB, havia forte concentração de recursos nas regiões do centro-sul do País, com valores *per capita* mais elevados destinados aos centros urbanos. Mas uma análise simples de dados agregados não revelaria as disparidades existentes mesmo dentro do estados. Por exemplo, no Rio Grande do Sul, quase todos os municípios recebiam em recursos do MS a metade da média nacional. Na Bahia era igual: praticamente todos os seus municípios não tinham oferta adequada de serviços básicos e recebiam recursos muito abaixo da média nacional. O que aconteceu, de fato, é que com dois ou três anos de implantação do PAB, os municípios começaram a ser adequar. Alguns alocaram o dinheiro da AB para construir e reformar postos de saúde, comprar equipamentos etc. As informações disponíveis demonstram, por exemplo, a marcante ampliação da oferta de consultas médicas e de pré-natal – uma diferença «da água para vinho», sem dúvida. Nossas estatísticas ainda padecem de dificuldades de alimentação adequada das informações para os bancos de dados do SUS, mas, mesmo assim, é notório um crescimento significativo na realização dos procedimentos básicos.

A grande conquista, talvez, esteja na consolidação e na mudança do modelo com a implantação, de forma mais efetiva, do PSF. Essa mudança no modelo de AB tem início em 1994, mas consolida-se de fato entre 1998 e 1999. Para se ter idéia da dimensão das mudanças ocorridas: em 1994 existiam 328 Equipes de Saúde da Família, que cobriam apenas um milhão de pessoas; em 1997/1998, eram, aproximadamente, 2 mil equipes; em 2001 era mais de 13 mil equipes trabalhando. O PAB variável, de sua parte, introduziu mudanças na lógica de financiamento por adesão, com os incentivos para que os municípios pudessem contratar Agentes Comunitários de Saúde e de Equipes de Saúde da Família, não mais disputando o recurso da assistência com a implantação das equipes.

A possibilidade de uma nova distorção qual seja, a de um bloqueio à expansão do PSF, tinha sido percebido desde 1997, já que eram programas diversos disputando um mesmo recurso. Assim, a implantação de uma, duas, três equipes ou centenas de equipes de PSF «capturava» uma parcela do teto do SIA, o que podia acarretar a falta de recursos para outros atendimentos na área ambulatorial. Uma análise mais detalhada recoloca a questão, entretanto. Mesmo ao dividir recursos, a criação do PAB variável gerou uma espécie de «orçamento paralelo», ao qual se adicionaram quantidades significativas de recursos, que foram alocados justamente nos centros urbanos onde existia menor oferta de serviços básicos. Na análise da distribuição regional do PSF e do PACS, por exemplo, é possível verificar que quase metade das equipes estão localizadas no Nordeste do País. Portanto, metade dos recursos adicionais com o programa foram alocados nessa região, sabidamente mais carente.

Uma parte importante dos recursos foi alocada nas regiões Centro-Oeste e Norte. No Centro-Sul, a adesão ao PSF foi menor, por várias razões históricas; uma delas é porque já existia uma boa oferta de unidades básicas de saúde, com médicos e outros profissionais já trabalhando. Assim, a adesão à implantação desse programa veio a ocorrer realmente nas áreas que dele mais necessitavam.

Ainda sobre o financiamento do PSF, pode-se constatar que o orçamento da AB em 1997 não chegava a 100 milhões por ano, com cerca de 2 mil equipes em ação. O orçamento do PSF, em 2001, foi fechado em 970 milhões; para 2002, é 1,3 bilhão de reais. Se o compararmos ao PAB fixo, que é 1,9 bilhão, vemos que o PSF representa hoje, contra os menos de 10% do PAB de poucos anos atrás. O que vai acontecer ao longo dos próximos anos com a consolidação desse modelo? Em dois ou três anos, os recursos destinados pelo MS ao PSF serão superiores ao PAB fixo. Se hoje ele já está em torno de 60% ou mais, daqui a três anos estaríamos dobrando o valor *per capita* da AB de R\$10,00 do fixo, mais o variável, do PSF, e ele seria superior a R\$20,00.

A criação do PAB variável permitiu, também, a consolidação do programa de combate às carências nutricionais, que beneficia 900 mil pessoas, entre crianças, gestantes e nutrízes, dos quais cerca da metade (dos beneficiários e também dos recursos) estão exatamente no Nordeste, no Centro-Oeste e na região Norte do País. Com isso, amplia-se a efetividade da distribuição dos recursos destinados à AB, com uma taxa de crescimento superior aos recursos alocados para a média e a alta complexidade, procurando fazer com que diminuam um pouco as desigualdades regionais. Mais um dado a ser considerado, mostrando as mudanças em direção à redução das desigualdades regionais: o valor *per capita* dos estados do PR, SC, e SP era, em 1997, superiores ao montante alocado em AB nos estados do Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Hoje, esta relação simplesmente se inverteu e a AB do Norte e Nordeste é quase o dobro do valor transferido para os municípios de Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) do Centro-Sul e Sudeste.

Na média e alta complexidade, a questão é sem dúvida mais complicada. A lógica que prevaleceu historicamente – e aqui talvez não se tenha percebido como se dava a alocação dos recursos – era muito mais por aumento de tabela do que por aumento de serviços propriamente dito. Foi entre 1998 e 1999 que a SAS/MS, sob a coordenação de Renilson Rehem, começou a modificar tal lógica, não sem grandes dificuldades. O esforço de mudança da lógica envolveu, entre outras ações, criar centros de referência, privilegiar tabelas para maternidade de alto risco, melhorar ou humanizar o parto, incrementar a prestação de diversos serviços de complexidade muito alta, dinamizar o sistema de emergências. Para tanto, as tabelas foram modificadas de forma diferenciada, pois não havia mais espaço para «reajustes em linha», com percentuais fixos para todos os procedimentos.

No entanto, só isso não bastava. Houve, durante esse período, de 1998 a 2001, a alocação de recursos pactuada com os gestores estaduais para ampliação da oferta de serviços, recursos livres independentemente de irem para a tabela, para que pudessem oferecer um pouco mais de serviços nas suas áreas. E, enquanto se fazia isso, houve uma articulação com o Congresso Nacional, que permitiu emendas para ampliação do orçamento dos recursos de atendimento à saúde, privilegiando, mais uma vez, as regiões mais carentes, diminuindo-se também a distância entre os valores *per capita* com o Centro-Sul, aumentando a participação relativa de forma direcionada e pactuada com cada gestor. Algumas negociações foram coletivas, outras individuais, em virtude das características de cada estado. Foi dentro de tal contexto que se procurou ampliar o teto financeiro do Nordeste, utilizando-se as sobras de recursos de alguns estados.

Os recursos alocados na saúde cresceram acima da inflação, e nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste cresceram acima da média nacional, sem que ocorresse retirada de recursos de algum estado. O objetivo foi sempre o de alocar de uma forma mais proporcional os recursos para essas áreas, de forma a alcançar a equidade, diminuindo as disparidades regionais, com um autêntico esforço, de «inclusão social».

A implantação do PAB, do PACS, e do PSF são bons exemplos de «inclusão social», sem dúvida. Veja-se este exemplo: existiam 500 municípios no País que não recebiam nem mesmo um real *per capita* do MS e que também não tinham médico, enfermeiro, posto de saúde etc. Eram, enfim, alguns milhões de pessoas completamente desassistidas pelo SUS, que com o processo de habilitação dos municípios para o recebimento do PAB e o cumprimento das regras estabelecidas, passaram a ser incluídas no atendimento conferido pelo sistema de saúde.

Um resultado notório dos novos tempos instaurados na saúde se reflete nos indicadores de cobertura vacinal, que melhoraram de forma significativa, pois os municípios passaram a se organizar, homogeneizando-se, assim, a cobertura vacinal no território nacional. Existiam municípios que não cobriam mais do que 60% ou 70% da população e hoje todos se aproximam da faixa dos 90% ou acima.

Em síntese, a implantação da GPAB no município, com a regularidade na transferência dos recursos e a transparência do repasse, permitiu ainda que os Conselhos Municipais de Saúde e os profissionais de saúde locais pudessem organizar a atenção à saúde de uma forma mais adequada. Além disso, ocorreu visível reversão das disparidades da atenção – na média e na alta complexidade de forma mais lenta, porque neste caso os estados não conseguem responder, de forma adequada, já que a maturação de um investimento na área de saúde demanda algum tempo.

Nos últimos cinco anos o tema dos investimentos esteve em pauta nas discussões com os governadores, com as propostas de conclusão de hospitais, prontos-socorros, policlínicas, hemocentros etc com obras iniciadas há anos e atingidas pelo processo inflacionário e pela escassez da fonte de recursos. Em 1996, o MS havia aprovado um programa junto ao Banco Mundial e ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD), intitulado REFORSUS, visando a um amplo sistema de financiamentos, com uma parte significativa dos recursos para recuperar a rede. Assim, os investimentos puderam ser retomados de forma constante, a partir de 1997, com resultados palpáveis na ampliação da oferta de serviços. Nos últimos cinco anos, foram ou estão sendo investidos, estando em prazo de maturação, recursos na ordem de US\$1 bilhão em todos os estados.

A retomada do investimento está permitindo reduzir um pouco mais as citadas disparidades, embora as flutuações do câmbio às vezes tragam dificuldades, pois a desvalorização do Real provocava sangrias no orçamento original, quando se tratava de compras externas. Felizmente, entretanto, nos contratos internacionais o efeito foi exatamente o inverso. Os contratos do REFORSUS, por exemplo, estabelecidos em dólar com cotações de 1 para 1, com a desvalorização de 1999, praticamente geraram a possibilidade de um «segundo REFORSUS», permitindo assim incrementar os investimentos em AB, urgências etc.

O REFORSUS tem permitido ainda investir no processo de modernização do SUS, com a compra de equipamentos hospitalares para urgência, emergência e maternidade, por exemplo. Aqui deve ser feita justiça a uma instituição que a sociedade realmente não vê com bons olhos, as chamadas «Emendas Parlamentares», que, no entanto têm contribuído, e de forma decisiva, para a recuperação da rede sucateada do SUS e para a expansão da oferta de serviços. A imprensa, por exemplo, às vezes fala das emendas de modo pejorativo, tratando-as como negociatas, mas na saúde não é isto o que tem acontecido. Sejam destacados os inúmeros casos de emendas parlamentares que permitiram concluir, por exemplo, o Hospital de Clínicas de Belém, o pronto-socorro da Paraíba, o Hospital de Itabuna, o Hospital de Clínicas de Goiás, o Hospital de Venda Nova, em Minas Gerais, além de quatro ou cinco hospitais em São Paulo. Em outras palavras, há um volume considerável de recursos adicionais ao orçamento do MS para investimento ou recuperação da rede física, que passa despercebida da maioria dos analistas – alguns inclusive fazem críticas incoerentes, ao dizerem que o MS é atrelado às políticas do Banco Mundial para fazer investimentos... Vejam bem: o Banco Mundial teria poderes reais junto aos secretários estaduais de saúde para alocar o investimento no hospital A ou B? Considero tais críticas fora da realidade.

Nossa política de investimentos vem reduzindo, sem dúvida as disparidades já

comentadas. Se no Centro-Sul grande parte desses investimentos são para a modernização, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste são para a conclusão de obras. Essa talvez tenha sido uma das boas contribuições que os economistas que passaram a trabalhar no MS deram ao SUS: equacionar financeiramente e tecnicamente a questão dos investimentos.

A tabela 1 nos permite algumas inferências a respeito da relação entre a divisão dos recursos e a da população no território brasileiro. Nela se percebe que a AB há uma tendência à equalização entre população e distribuição de recursos, invertendo uma tendência histórica. Na média complexidade, isso ocorreu de forma mais modesta. Os valores *per capita* tiveram um crescimento significativo e acentuado na AB e um crescimento menor quanto à média e alta complexidade.

Na tabela 2, torna-se evidente o crescimento dos recursos colocados na AB: no Norte, 225%; no Nordeste, 139%; no Centro-Oeste 131%; no Sudeste 57%, no Sul 77%; no total do País, 98,5%. Praticamente dobraram, em termos nominais, os recursos colocados à disposição da AB. A inflação nesse período, medida pelo IGPA, foi de 32,9%, descontando-se a mesma, verifica-se que o ganho é real. Na média e alta complexidade, o crescimento foi menor: 97%, 66%, 58%, 48%, 50% e 55%, respectivamente. Ainda quanto ao recurso alocado em 1997, existem estados do Nordeste que não conseguiram gastar a totalidade porque ainda não maturaram os investimentos lá colocados, mas, na média, houve uma taxa de crescimento por região.

Tabela 1

REGIÕES	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL							
	DA POPULAÇÃO		DOS TETOS FINANCEIROS					
			ATENÇÃO BÁSICA		MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE		TOTAL	
	1.997	2.001	1.997	2.001	1.997	2.001	1.997	2.001
NORTE	7,26	7,27	5,47	8,97	4,19	5,33	4,42	8,12
NORDESTE	28,40	28,40	29,53	35,55	22,41	23,93	23,68	26,45
CENTRO - OESTE	6,75	6,75	6,57	7,67	6,28	6,41	6,33	6,69
SUDESTE	42,64	42,64	43,70	34,66	50,06	47,86	48,83	45,01
SUL	14,95	14,94	14,73	13,15	17,05	14,46	18,64	15,74
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

■ **Tabela 2**

REGIÕES	CRESCIMENTO 2.001/1.997 (%)		
	ATENÇÃO BÁSICA	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	TOTAL
NORTE	225,1	97,7	125,7
NORDESTE	139,0	66,0	82,1
CENTRO-OESTE	131,8	58,7	72,2
SUDESTE	57,4	48,6	50,0
SUL	77,3	50,0	54,3
TOTAL	98,5	55,4	63,1

Vê-se, portanto, que a estruturação do sistema é patente e que as mudanças do financiamento têm contribuído para melhorar as disparidades regionais – e as estatísticas da SAS comprovam isto, por exemplo, pelo aumento do número de transplantes, de pessoas na hemodiálise, pela maior quantidade de gente coberta com medicamentos estratégicos, pelo aumento do número das cirurgias eletivas etc., principalmente nas regiões em que ocorreu o incremento do aporte de recursos.

Na questão da AB, as diferenças positivas são até mais acentuadas, porque está sendo implantada a Bolsa Alimentação, vinculada a este item, na qual metade dos recursos serão para atender a clientela da região Nordeste. Portanto, o crescimento dos recursos destinados à AB em 2002 tem índices superiores aos da média e da alta complexidade. Assim, a estabilidade do financiamento, junto com a perspectiva da implantação e da execução da Emenda Constitucional 29, oferece um horizonte razoável para o planejamento financeiro do sistema, certamente ainda distante do ideal (por exemplo, nos serviços de média e alta complexidade), mas trata-se de um quadro relativamente melhor do que era entre 1997 e 2001.

A Emenda Constitucional nº 29 (PEC) é realmente um ganho importante e histórico para o SUS, ao proporcionar mais tranquilidade de ação, com aumentos do orçamento na proporção do crescimento do PIB. Como existe a perspectiva de crescimento do PIB ao longo dos próximos anos de pelo menos 3% ao ano, isso significa que estão garantidos para a Saúde a correção da inflação, mais um ganho adicional de 3% em termos reais. Só para o ano de 2002, o orçamento da saúde é de quase R\$2 bilhões a mais do que

o executado no ano de 2001. Diante deste quadro, ainda há quem faça críticas ao governo federal, utilizando argumentos de que houve evasão da parte do COFINS, do PASEP ou da CPMF. Ora, a previsão é de que até o ano de 2004 isso já não terá importância alguma. Simplesmente o orçamento ficou obrigado a crescer pela variação do PIB e assim deixa de ter importância a origem dos recursos da saúde, seja do imposto de renda, de IPI ou do COFINS, tanto faz. Então, quem faz essa crítica – e há gente séria que a faz – precisa mudar o discurso, porque este não tem substância.

Outro efeito da EC 29 é que os estados vão ser obrigados a gastar um pouco mais nos próximos anos, porque eles estavam num patamar muito baixo de gastos com saúde. Da mesma forma, espera-se que a saúde não vá sofrer as consequências da reforma tributária, bem como de eventuais reduções de impostos e de isenções.

Todos sabemos que o Congresso Nacional aprovou a redução do imposto de renda com uma perda de três bilhões, com a correção da tabela vigente. Isto certamente é bom para as classes médias, mas pode ser muito ruim para as políticas sociais, principalmente nos estados e nos municípios. Com efeito, nesses 3 bilhões o governo federal tem alguns «sócios minoritários»: 22,5% do dinheiro vai para o Fundo de Participação dos Municípios, 21,5% vai para o Fundo de Participação dos Estados. Pode-se prever que os estados e os municípios, que já são obrigados a aplicar 25% na educação, tendem a perder esse dinheiro, e podem até deixar de aplicar tais recursos neste setor. Ademais, os municípios e os estados são obrigados a aplicar cerca de 10% a 12% dos impostos recolhidos. Então, como fica: cada UF vai reduzir um pouco seus gastos com educação e saúde porque vai diminuir a receita do IR e a receita do seu Fundo de Participação? Como se vê, para a política social o resultado é duvidoso... Já para o MS, contudo, o efeito será nulo, pois se o IR diminuir ou aumentar não fará a menor diferença, dado o vínculo dos recursos ao PIB. Se a economia cresce, o orçamento cresce; se a inflação aumenta, também aumenta o valor nominal do PIB e aumentam, em consequência, os recursos destinados à saúde.

Em linhas gerais, é isso que tem ocorrido em termos da alocação de recursos para a saúde nos últimos anos. Os dados estão aí, para quem quiser ver. É o resultado de um trabalho difícil e complicado, pois a realidade do Brasil é a de um país continental, com muitos municípios e muita heterogeneidade. Porém, a equipe do MS, em articulação com o CONASS, com o CONASEMS, com o Conselho Nacional de Saúde, com as entidades dos profissionais da saúde, tem procurado, na medida do possível, dar uma contribuição para que se possa, cada vez mais, garantir um bom atendimento à população, porque essa é a obrigação de todos os profissionais e políticos que estão comprometidos com a direção de nosso sistema de saúde.

EXPOSIÇÃO: CONFIGURAÇÃO DOS AGLOMERADOS DE SAÚDE

• Ronaldo Barcia Fonseca

NESUR/NEPP/UNICAMP – Núcleo de Saúde – PUCAMP

Os estudos realizados sobre os chamados *aglomerados de saúde* utilizaram os critérios de classificação da rede urbana no Brasil e foram realizados com base em inúmeros critérios, entre eles: a centralidade da influência dos centros urbanos, os centros decisórios/relações intermunicipais (presença de centros decisórios e fluxos de relações com a rede urbana brasileira e uma rede mundial de cidades), a escala da urbanização (dimensão do processo de urbanização), a complexidade/diversificação da economia urbana (presença e articulação de setores econômicos) e diversificação do setor terciário (grau de diversificação/complexidade das atividades de serviço).

Trata-se de um estudo complexo, no qual foram utilizados vários indicadores complementares como: (a) o grau de urbanização; (b) as taxas de crescimento da população total, urbana e rural; (c) a densidade demográfica; (d) o nível de oferta de serviços urbanos; (e) o nível de consumo de bens determinados; (f) os anos de estudo da população.

De acordo com a NOAS, na elaboração dos PDR os estados definem as bases territoriais para a descentralização e a organização de atendimento à saúde, delimitando as suas regiões e/ou microrregiões de saúde, os módulos assistenciais, o município sede de módulo assistencial, o município pólo e a unidade territorial de qualificação na assistência à saúde.

É importante ressaltar que, na definição das bases territoriais de planejamento e gestão do SUS, devem ser consideradas as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, bem como as condições específicas da área de saúde (epidemiologia, oferta de serviços de saúde e relações entre municípios derivadas do atendimento médico-sanitário).

Para o estudo das aglomerações urbanas como *aglomerados de saúde*, os elementos derivados do estudo da rede urbana foram articulados com dados e informações específicas da saúde, tais como: (a) fluxo de internações hospitalares; (b) identificação da produção dos procedimentos de alta complexidade; (c) capacidade instalada dos serviços médico-sanitários, para se chegar à definição dos fluxos de saúde nos respectivos aglomerados de saúde.

A definição dos aglomerados de saúde foi elaborada a partir da construção das matrizes de fluxos de AIH, considerando-se o local de moradia do paciente e a localidade do atendimento, com o cálculo de indicadores específicos para a determinação de pólos considerando o índice de eficácia do movimento de atendimento (IE), taxas de invasão (TI) e de evasão (TE).

Considerando esta metodologia, existem alguns conceitos que são fundamentais para os estudos e para a definição dos aglomerados de saúde. Assim, o *aglomerado de saúde* é o conjunto de municípios polarizado por um *município-pólo* na prestação de serviços de saúde, sendo que este apresenta maior atratividade para pacientes de outros municípios (AIH de não residentes) e tem maior capacidade instalada para prestação de serviços médicos (disponibilidade de leitos hospitalares e serviços ambulatoriais). O *subpólo* é o município do aglomerado com estrutura de atendimento de saúde significativa (menos importante que a do pólo), mas ainda capaz de atrair fluxos de pacientes de municípios vizinhos (em menor grau do que o pólo). O *pólo de especialidade* refere-se aos municípios que concentram recursos de atendimento especializado com abrangência que extrapola os limites do aglomerado.

Para a configuração preliminar dos aglomerados de saúde, tomando-se por base as delimitações territoriais definidas nos PDR, foi realizada uma releitura da matriz de fluxos de AIH, de acordo com os seguintes procedimentos: (a) confronto de pólos e subpólos anteriormente já identificados como sedes de macrorregiões, regiões ou microregiões, e (b) identificação de outros subpólos considerando-se a indicação das sedes de módulos assistenciais pelos PDR, além de checagem da adscrição de municípios situados nas fronteiras das duas regionalizações.

Os resultados destes estudos mostram que não foram constatadas discrepâncias significativas na identificação de pólos e subpólos dos estados estudados, mas foram incorporados subpólos que não haviam sido indicados anteriormente e feitas correções na configuração dos limites de vários aglomerados de saúde.

Foi apresentada a comparação das regionalizações, com a configuração final dos aglomerados de saúde, considerando-se a composição das taxas de invasão e de evasão em alguns estados selecionados, como Paraná e Espírito Santo.

Foi apresentada a caracterização dos aglomerados de saúde, com a capacidade instalada de serviços de assistência médico-sanitária de Pernambuco, tendo sido considerados a capacidade instalada, os leitos hospitalares contratados, as unidades e serviços ambulatoriais e os PAC ambulatoriais.

Com o estudo das características demográficas, considerando-se a população total do pólo e do aglomerado, a população por grupos etários e o índice de envelhecimento, foi realizada a caracterização dos aglomerados da população por grandes grupos etários e índice de envelhecimento, referente aos estados do Tocantins e do Rio Grande do Sul.

Também foram apresentadas as principais causas de morte por grupos etários no estado do Pará, com a caracterização dos aglomerados de saúde através do perfil epidemiológico, evidenciando-se as principais causas de morte da população menor de 10 anos,

masculina de 10 a 49 anos, feminina de 10 a 49 anos e de 50 anos e mais.

Foi mostrado o potencial de gasto *per capita* nos aglomerados de saúde (considerando-se a aplicação da Emenda Constitucional 29/2000), sendo a estimativa do potencial de gasto para 2002, nos pólos e aglomerados de saúde, baseados nas previsões da receita corrente líquida total e *per capita*, da receita mínima *per capita* destinada à saúde e da distribuição da receita total do estado por aglomerado.

O atlas e o sumário de dados produzidos na pesquisa dos aglomerados serão amplamente divulgados, tendo como conteúdo as informações gerais e específicas organizadas por estados e municípios, visando auxiliar o gestor de saúde na tomada de decisão com relação à regionalização da NOAS e subsidiar a formulação de políticas de saúde, além de fornecer uma visão organizada da situação de atendimento à saúde nas unidades de ação, comparar as diferenças entre os aglomerados dos municípios do estado (capacidade instalada, fluxos de saúde e disponibilidades de recursos financeiros para saúde, de acordo com critérios da Emenda Constitucional 29/200).

A caracterização dos aglomerados de saúde trará informações sobre a população, o perfil epidemiológico, a capacidade instalada de serviços de assistência médico-sanitária, a cobertura de infra-estrutura e a estimativa do potencial de gasto dos municípios com saúde.

Além disto, a publicação terá informações municipais, com a localização dos municípios no estado, os volumes de invasão e evasão (AIH), a capacidade instalada de serviços de saúde e a estimativa preliminar das disponibilidades de recursos dos municípios para a saúde.

■ EXPOSIÇÃO: IMPLANTAÇÃO DA NOAS NO ESTADO DO PARANÁ

• Armando Martinho Bardou Raggio

Ex-Secretário de Saúde do Estado do Paraná

No Paraná apenas 13 municípios estão em Gestão Plena (GPSM), mas é neles que residem 45% da população, sendo que recebem 55% do total de recursos destinados à saúde no estado. A tendência é aumentar a concentração de recursos nesta modalidade de gestão.

A NOAS não deve ser considerada apenas um instrumento de igualdade pura e simples. A NOB/96 já possibilitou avanços, com o marcante aprimoramento da capacidade gestora, além de adequação da função de estado. A capacidade de vocalização tem sido também um fator determinante na alocação de recursos no SUS como um todo – isto faz parte da democracia. O que se procura é acertar, mesmo por tentativa e erro, sem cometer erros fatais, procurando-se o caminho do meio.

É importante ressaltar o caráter pluralista do processo que vem acontecendo em termos nacionais e o esforço que está sendo realizado para a implantação da NOAS. O Plano Diretor de Regionalização do Paraná foi elaborado em tempo recorde, sendo que a metodologia ajustada de forma pactuada foi utilizada em todas as regiões do estado. O PDR foi objeto de consenso no Paraná, e os municípios optaram por serem sede de módulos de si mesmos, sem problemas, sendo o Plano Diretor de Investimentos – PDI um instrumento fundamental para a elaboração do mesmo.

É claro que casos especiais tiveram que ser resolvidos. Por exemplo, o de municípios com recusa a serem sede do módulo, ou outros em que os fluxos de AIH não obedeciam ao esperado, conforme também demonstrou o estudo da UNICAMP sobre aglomerados urbanos, apresentado anteriormente.

É preciso deixar claro que a fronteira da saúde não é necessariamente a fronteira municipal. O caso concreto das regiões metropolitanas mostra isso e mais, que podem existir ambiente de conflitos em torno da questão das referências. Mas o pressuposto deveria ser, sempre, o da solução de problemas.

Quanto à questão da compensação, o estado do Paraná é um típico «produtor de serviços» e, com isso, realiza uma verdadeira «importação de pacientes». Cabe, portanto, uma forte preocupação com a melhoria dos instrumentos de regulação sobre referências, como um esforço permanente dos gestores.

Finalizando, constata-se que a consciência do direito por parte dos usuários do SUS é cada vez maior. *De cada um segundo sua capacidade; a cada um segundo suas necessidades*: este deve ser o lema do SUS.

- **Luiz Carlos Sobania**

Secretário de Estado de Saúde do Paraná

Existe de fato uma enorme necessidade da hierarquização da assistência. Por que as pessoas cruzam as fronteiras? Custo, qualidade, interesses por determinado profissional podem ser os fatores. O caso europeu, como suas *fronteiras eram escritas a tinta, difíceis de apagar*, não está totalmente distante do que aqui acontece.

O SUS é um instrumento de distribuição de renda, indiretamente, através dos serviços hierarquizados. Demonstração concreta disso são as migrações para as periferias onde, bem ou mal, os serviços de saúde já estão instalados. A era do Mercosul tem mostrado (na região Sul do País) que cada vez mais complementaridade é o negócio. Em suma, a busca de universalidade é a busca de justiça.

■ COMENTÁRIOS

- **Carlos Alberto Gerbrim Pretto**

Representante do COSEMS - PR

O processo no Paraná obedeceu à regionalização existente no estado, e foi democrático. A participação municipal foi a regra, e os prefeitos também estiveram presentes.

O PDR e o PDI foram elaborados conjuntamente e o processo foi marcado pelo entendimento, sendo homologado na Comissão Intergestora Bipartite.

A decisão do COSEMS – PR é aprofundar o processo de descentralização, com acréscimo de novos municípios em Gestão Plena, com apoio da SES – PR, especialmente na capacitação para auditoria.

O enfrentamento local com prestadores de serviço é forte, e nem todo município quer assumir o risco de fazê-lo, como foi o caso de Arapongas e Colombo, entre outros – no que foram respeitados.

O momento ainda é de construção e aperfeiçoamento de instrumentos, como a PPI. Em alguns casos, o ponto de partida é o zero. É importante manter a memória do processo. Por certo, existem inúmeros pontos a superar, entre eles, as divergências entre responsabilidades nos pólos, satélites e outros (às vezes até mesmo com o aparecimento de uma certa «autofagia») e também os gastos fora da tabela, criando transtornos para os municípios. O cadastramento e a implantação do cartão SUS devem ser apoiados para que sejam implantados e dêem frutos rapidamente.

Finalizando, declara-se um consenso: *os recursos pertencem ao cidadão, apenas estão sob gestão pública.*

■ POSIÇÃO: RELATO DA EXPERIÊNCIA DA IMPLANTAÇÃO DA NOAS NO ESTADO DO CEARÁ

- **Alexandre José Mont'Alverne Silva**

Representante da SES – CE

O processo de discussão e implantação da NOAS foi extremamente participativo no Ceará. Foram identificados preliminarmente três pontos de atração de pacientes: Fortaleza, Sobral e a região do Cariri. A partir daí, foi construído o sistema de referência e contra-referência, com a distribuição por microrregiões, com algum tipo de «refer-

ço» estratégico na região do Cariri. A divisão realizada não está totalmente em sintonia com aquela proposta pela UNICAMP.

O Ceará tem algumas propostas específicas, por exemplo, em relação a procedimentos, como o parto normal acompanhado por enfermeira, que a NOAS não prevê como financiar. Este é um dilema, pois não é fácil realmente prever as situações existentes em todo o País. É o caso também de municípios de pequeno porte que oferecem serviços especiais, como fisioterapia e que não queiram abrir mão deste tipo de serviços próprios e assim até se cadastraram como sede de módulo, apesar de o estado concordar com este posicionamento.

Foi necessário, no estado do Ceará, uma certa «modelagem de gestão», visando às diretrizes de reorganização da assistência. Seus elementos são a estrutura organizacional (processo de trabalho, estrutura flexível e pouco hierarquizada), a qualidade no atendimento nas unidades de saúde (capacitação dos profissionais, ouvidores, entrevistas com usuários, avaliação dos profissionais) e a capacitação gerencial (capacitação dos atuais 60 gerentes e Programa de Desenvolvimento da Liderança, que atingirá 125 servidores).

Como estratégia optou-se pela ênfase no Programa Saúde da Família, como estratégia concreta para remodelar a atenção básica. Esta foi a opção desde o início do processo, mas não havia, no primeiro momento, uma proposta definida para organizar a atenção secundária. Assim, foi implantado o PSF com cobertura de 100% dos municípios, resultando na ampliação de 686 para 1.500 equipes e um grande esforço de capacitação das equipes, em cursos ofertados pela ESP/CE.

A AB, no estado do Ceará, conta com algumas estruturas de apoio, a saber, acesso a laboratório, ECG, parto normal e observação clínica no município. Fique claro que a microrregião é sempre o primeiro nível de referência. Foram definidas como ações prioritárias no atendimento programado, entre outras, a vacinação de rotina, o controle das doenças infecto-contagiosas de notificação obrigatória, o controle de diabetes e hipertensão, a atenção ao adolescente e à mulher, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, a atenção básica em saúde bucal, a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária e a assistência farmacêutica. Ainda nesta área, procura-se garantir ações prioritárias no atendimento à demanda espontânea em clínica médica, pediatria, ginecologia obstetrícia, pequenas cirurgias e de urgência e emergência realizadas por médico generalista, além de odontologia, com atendimento de urgência e emergência.

Entre as ações que estão ampliadas ou implementadas, merecem destaque a operacionalização das 21 (vinte e uma) microrregiões, com ações também voltadas para a

atenção secundária através de reforma ou ampliação e também da aquisição de equipamentos para unidades ambulatoriais e hospitalares; treinamento para os profissionais médicos nas especialidades de pediatria, ginecologia, obstetrícia e clínica médica. Garante-se também o custeio complementar do estado para garantir a viabilidade a serviços estratégicos. Na atenção secundária, foram também definidas 35 áreas especializadas, das quais foram priorizadas: clínica médica, ginecologia obstetrícia, pediatria, clínica cirúrgica, psiquiatria, traumatologia-ortopedia, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e assistência farmacêutica.

Na atenção terciária, a estratégia operacional é a implantação dos pólos macrorregionais, tendo como princípios organizativos: bases operacionais com delimitação das macrorregiões, acesso por referência, coordenação e gestão estadual. No elenco de ações prioritárias nesta área, estão as urgências e emergências, o parto de alto risco, a neurocirurgia, a ortopedia, a oftalmologia e a AIDS.

O estado do Ceará realiza programações em um processo pactuado desde 1991. Os princípios de atenção à saúde que vêm sendo praticados são a descentralização, a universalização da cobertura, o acesso aos serviços de saúde, a integralidade da atenção, a hierarquia por níveis de atenção e também a economia de escala e a participação comunitária. O objetivo do sistema é ofertar serviços de saúde de forma universal, integral, acessível e resolutiva em todos os níveis, assegurando a satisfação dos usuários do sistema. Na Programação Pactuada Integrada/99, já havia ocorrido e envolvimento das áreas de assistência ambulatorial e hospitalar, além de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e assistência farmacêutica. A lógica da programação foi pautada pelas necessidades da população, com prioridade para os grupos de risco, parâmetros de cobertura assistencial e capacidade da oferta de serviços.

A lógica da organização dos sistemas microrregionais de serviços de saúde está pautada na descentralização, para cada município, da atenção primária à saúde (a estratégia da saúde da família) e na organização pactuada e integrada, com centralização relativa na microrregião, da atenção secundária à saúde, dos sistemas de saúde pública e dos sistemas de apoio. São considerados como critérios para a definição de uma microrregião sanitária: contigüidade intermunicipal, malha viária, referências realizadas, subsidiaridade econômica e social, auto-suficiência potencial em atenção primária e secundária, disponibilidade de recursos para organizar os sistemas de saúde pública e de apoio, identidade cultural, disponibilidade de recursos e disposição política de cooperação.

O sistema microrregional de serviços de saúde é um projeto estruturante do campo dos serviços de saúde, no âmbito de uma microrregião de pertencimento econômico,

social, cultural e sanitário, implementado pela ação cooperativa dos governos federal (indiretamente), estadual e municipal (diretamente). O sistema microrregional de serviços de saúde é uma organização virtual de pactuação e negociação, sustentada por uma Comissão Intergestora Bipartite microrregional e ativada por instrumentos de planejamento e programação integrados e pela ação cooperativa de seus componentes.

São objetivos dos sistemas integrados de serviços de saúde: (a) ofertar serviços de saúde, orientados às necessidades de uma população determinada de forma contínua; (b) melhorar a coordenação e a comunicação horizontais entre as diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde; e (c) ampliar os pontos de atenção à saúde. Além disso, visam também: (a) garantir serviços prestados de forma certa, na hora certa, no lugar certo e a um custo certo; (b) aumentar a satisfação dos usuários; (c) maximizar a eficiência no uso dos recursos; (d) racionalizar a utilização de procedimentos clínicos e administrativos; e (e) estimular o autocuidado, promover o controle público e integrar os serviços de saúde com os serviços de assistência social.

A microrregionalização deve ser considerada como tendência universal na organização dos sistemas de serviços de saúde, sendo que as redes regionais de serviços de saúde devem ser reforçadas (relação custo/efetividade).

Como principais nós críticos para implantação da NOAS, foram apontados: a divergência no conceito de microrregião trabalhado pela SES, a organização da microrregião de atenção secundária em dois níveis, a suficiência de oferta de serviços e a existência de serviços especializados em municípios que não apresentam estrutura de oferta para assumir responsabilidades de município sede de módulo.

Foram também apontados como desafios: indefinição quanto ao controle social na microrregião, regulação da referência, valor do PABA e do PAB, tendência centralizadora no Ministério da Saúde, tabela de procedimentos, comando único na atenção terciária e a formulação da PPI mediante regulação interestadual.

Quanto às estratégias definidas pela SES para implantação da NOAS, foi enfatizado que a responsabilidade de coordenação do processo será assumida por *Gerências Microrregionais* ligadas ao gestor estadual, porém as estratégias de condução do processo podem ser diferentes em cada caso. Existem, no momento, seis microrregiões em processo de implantação e mais 15 microrregiões ainda por implantar. A *Gerência Microrregional* assumirá a responsabilidade de coordenação do processo e contará com o apoio da Escola de Saúde Pública, que poderá delegar responsabilidades para as universidades.

A interação da assistência à saúde com a definição das áreas programáticas foi um processo durante o qual foram considerados não só a situação de saúde da população,

mas também os indicadores de avaliação (vigilância epidemiológica e sanitária) e as ações de intervenção (ambulatorial, internação e assistência farmacêutica). Como parâmetros, foram utilizados: normatização das ações de controle de agravos e situações de risco e também coberturas assistenciais.

Foi apresentado o Plano Diretor de Investimentos (PDI), porém, em função do desenho microrregional, os municípios elaboraram projetos para cumprir as funções que a eles foram determinadas. Também foi apresentado o Plano de Investimentos *per capita*. Foi ressaltado que a programação contemplou as referências entre municípios, com negociação e pactuação microrregional. Foram também apresentados os critérios para a definição de prioridades para a seleção de projeto que não tem fonte de financiamento definida.

O Ceará considera como de alta prioridade a expansão de oferta de serviços básicos de saúde necessários para qualificação de microrregião, inclusive projetos de qualificação de pessoal da Saúde da Família. Também são considerados a expansão e/ou o fortalecimento da oferta de serviços de primeiro nível de referência necessários para qualificação da microrregião, com prioridades para as microrregiões de Tauá, Acaraú, Camocim, Russas e Limoeiro do Norte. Com média prioridade foram definidos os serviços de expansão e ou fortalecimento de oferta de serviços dos níveis II e III de referência, e finalmente com baixa prioridade a expansão de oferta de serviços básicos de saúde.

COMENTÁRIOS

• **Jurnadir Frutuoso Silva**

Representante de COSEMS – CE

Foi destacada a especificidade do processo ocorrido no estado, cujo início deu-se em 1988, com implantação da microrregião da Baturité. Foi destacada a relação mantida entre o Gestor Estadual e o COSEMS, que forneceu informações sobre os municípios e colaborou intensamente no processo, de feição bastante democrática e transparente, acima de tudo.

A implantação da NOAS apresentou algumas dificuldades e divergências, por exemplo, quanto ao Plano Diretor de Investimentos – PDI, no que tange à alocação dos recursos. Quatro das microrregiões não tinham sido contempladas com recursos do estado, mas a alocação de recursos de emendas parlamentares deve sanar esta situação. Também foi citado como problema o recebimento das pautas da Comissão Bipartite um tanto «em cima da hora».

Chama-se atenção para situações em exigem cautela, pois existiria uma tipologia

diferenciada entre os municípios, ou seja, há aqueles que formulam políticas e cumprem indicadores com facilidade, os que apenas cumprem as determinações e, finalmente, os que não tem nem mesmo condições de cumprir determinações mínimas preconizadas.

A necessidade de capacitação foi enfatizada, pois os secretários de saúde já capacitados de modo geral já se encontram em GPSM. O desafio para os gestores é muito grande, pois são constantemente pressionados pela demanda da população e, por outro lado, os recursos financeiros são pequenos. Sendo assim, os municípios devem assumir a questão da saúde com prioridade de fato.

No estado está prevista a realização de *fóruns de saúde*, com presença do conjunto de prefeitos da microrregião, Enfatizou-se que a NOAS criou a figura da microrregião solidária, porém quem «fica para trás» acaba por desorganizar o sistema.

EXPOSIÇÃO: PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA NOAS NO ESTADO DE SÃO PAULO

- **Maaria José Ribeiro Linguanoto**
Representante da SES – SP

O processo de implantação da NOAS teve início com a resolução que criou a Comissão de Acompanhamento do Processo de Regionalização dos Serviços de Saúde, formada por representantes da SES, do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde e do município de São Paulo. Esta comissão teve como missão coordenar o processo de regionalização, acompanhar e assessorar o processo de articulação e de implantação do Plano Diretor de Regionalização, tendo sido formados grupos de trabalho para o acompanhamento dos indicadores da agenda estadual de saúde, da própria regionalização, da Programação Pactuada Integrada, do Cartão SUS e do cadastro de estabelecimentos de saúde.

Foram definidos 54 indicadores segundo critérios de validade, poder de discriminação, facilidade de construção e entendimento e existência de parâmetros, tendo como prioridade os indicadores de AB já estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Ainda neste tópico, houve a criação de um sistema *on line* de indicadores de AB pactuados e aprovados pelo conselho, bem como o ajuste dos valores lançados, sendo que os mesmos encontram-se em processo final de avaliação, com utilização do Índice Paulista de Desenvolvimento Humano – IPDH, para comparação entre municípios.

A Agenda Estadual foi elaborada através da discussão com técnicos das diversas áreas da SES, mediante a aprovação do Conselho Estadual de Saúde, visando orientar as Agendas e os

Planos Municipais de Saúde e também o Plano Estadual, com objetivos e indicadores adequados à realidade do estado. Como pressuposto da avaliação de cada objetivo, os indicadores devem ter como base informações de rotina e serem confiáveis. A regionalização pressupõe o mapeamento prévio dos municípios sedes de módulos e municípios-pólo, considerando a oferta de serviços, o IPDH e a receita municipal *per capita*, além do PABA e do agrupamento dos procedimentos com base na necessidade do profissional e percentual de realização.

Foram considerados como critérios para a sede de módulo realizar 70% dos procedimentos de média complexidade 1 (M1) e realizar internação nas três clínicas básicas; para ser pólo regional é necessário dispor de serviços de alta complexidade.

No processo de regionalização do Estado destacaram-se os três municípios que realizaram experiências piloto: Campinas, São José dos Campos e Santo André. Campinas criou as bandas estaduais para PPI, um sistema de regulação, já implantado, aguardando desenvolvimento do SISREG para ampliação. São José dos Campos realizou o teste da metodologia de análise e pertinência dos 54 indicadores oficiais, mediante eventos de programação com participação de todas as regionais e dos COSEMS.

Como dificuldades para a implantação da NOAS foram citadas a insuficiência para a média complexidade 1 (M1) e internação básica, a pactuação inter-regional, além de uma definição mais detalhada dos pólos e a presença de questões políticas municipais e inter-regionais.

Plano Diretor de Regionalização – PDR proposto para o estado define 246 sedes de módulo e 66 microrregiões. A Programação Pactuada Integrada foi elaborada a partir de seminários para uniformização dos conceitos, da agenda e do plano, além de treinamento das regionais na utilização do *software* apropriado para a PPI.

Para a «M1», foram criados parâmetros para antes e depois da habilitação. Para a média complexidade, «M2» e «M3», foram utilizados parâmetros de necessidade, comparados com as *bandas*, por exemplo, na demanda reprimida optou-se pela banda superior. Para a alta complexidade, os parâmetros foram construídos com a colaboração de especialistas e com a utilização de critérios considerados universais.

Para a Programação Pactuada Integrada – PPI, foi realizado um estudo do perfil de internação dos municípios, sendo definidos alguns parâmetros a serem cumpridos. Para aqueles com internação igual ou superior a 11%, diminuir em 20%, com o limite máximo de 11%, com justificativa. Entre 11% e 8%, diminuir para 8%, também com justificativa; entre 8% e 6%, manter o mesmo percentual; entre 6% e 3%, o município poderá aumentar para 6% mediante justificativa.

A elaboração da PPI considerou: a justificativa de internação, a população SUS dependente, a população flutuante, a cobertura do Programa Saúde da Família, a população carcerária-

ria, a população rural, o preenchimento completo do SIOPS e o Índice Paulista de Desenvolvimento Humano – IPDH, as causas de óbitos nas internações e a capacidade instalada. Foram consideradas como dificuldades para a elaboração da PPI a inexistência de parâmetros para a totalidade dos itens, a falta de experiência nos anos anteriores e ainda o hiato existente entre o treinamento do *software* e a versão final. Quanto ao cadastro dos estabelecimentos de saúde, foram cadastradas todas as unidades. Este processo está em fase de consolidação das informações, com a revisão dos contratos com base no novo cadastro.

Quanto ao cartão SUS, a meta mínima do Ministério da Saúde é cadastrar 60% da população, sendo que a de São Paulo é de 77,6%. Foram consideradas como dificuldades para a implantação deste instrumento: o atraso dos recursos de financiamento, o recurso financeiro insuficiente (valor por ficha cadastral) e problemas com o *software* necessário ao cadastramento.

Quanto à avaliação da modalidade de gestão dos municípios do estado, 161 estão em GPSM. Foram avaliados por cerca de 90 técnicos do nível central e regional, de forma detalhada, partindo das treze questões propostas pelo Ministério da Saúde. Este trabalho terá como produto a elaboração de um relatório que será apresentado à Comissão Intergestora Bipartite – CIB.

Quanto à capacitação de gestores, foi enfatizada a necessidade de parceria com as universidades e a realização descentralizada dos cursos.

COMENTÁRIOS

- **José Enio Servilha Duarte**

Representante do COSEMS – SP

É atestado o bom andamento do processo em São Paulo, que foi realizado de forma articulada com o COSEMS – SP. É declarada, também a grande «novidade» que é fazer as coisas acontecerem, dar passos adiante.

Avançar para a Gestão Plena (GPSM) é a grande proposta que deve ser defendida por todos, pois quanto mais municípios estiverem nesta modalidade de gestão melhor para o sistema de saúde como um todo.

As máquinas da SES por natureza resistem à descentralização. Muito esforço deve ser feito para mudar esta cultura e incentivar os municípios. Constata-se um certo clima de desânimo com a GPSM, que precisa ser revertido.

Os estados também têm que entrar em GP e assumir as prerrogativas cabíveis.

O fato de o município de São Paulo ainda não estar em GPSM até o momento *não faz sentido*. Adentrar em tal modalidade de gestão parece ser, felizmente, a disposição do secretário de Saúde do município, Eduardo Jorge.

Finalizando, um aspecto a ser considerado é que a desabilitação pura e simples de gestores inadimplentes não é a solução, pois é preciso medidas de convencimento e também de natureza educativa sobre os mesmos.

■ EXPOSIÇÃO: PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA NOAS NO ESTADO DE GOIÁS

- **Fernando Passos Cupertino**

Secretário de Estado de Saúde de Goiás

As questões fundamentais apontadas, em relação à situação do estado de Goiás na implantação da NOAS, foram a necessidade da desconcentração dos serviços de saúde, a estruturação de serviços de saúde na região do Entorno de Brasília, bem como diversos problemas e as pressões decorrentes do excesso de leitos hospitalares no estado.

Foram estabelecidas, para tanto, algumas diretrizes, como base de orientação para a reorganização dos serviços de saúde, a saber: (a) nos municípios, concentração da Atenção Básica (por exemplo com o PSF); (b) nos módulos assistenciais, a média complexidade, incluindo o pré natal de alto risco; (c) nas microrregiões, as urgências e a média complexidade M2 e M3; (d) nas regiões, internação geral e a alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

Procurou-se assim alcançar alguns objetivos, listados a seguir:

- Ordenar o processo de regionalização do estado, conformando sistemas resolutivos de assistência à saúde, através da organização do estado em regiões/microrregiões e módulos assistenciais;
- Estabelecer mecanismos e fluxos de referência intermunicipais com vistas a garantir integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades;
- Estabelecer compromissos entre os gestores para atendimento das referências intermunicipais;
- Promover maior equidade na alocação de recursos;
- Definir prioridade de intervenção coerentes com as necessidades da população;
- Subsidiar o processo de qualificação das regiões e microrregiões;
- Promover a melhoria da qualidade da atenção e o acesso dos cidadãos, bem

como assegurar o planejamento dos serviços, o mais próximo possível das comunidades a serem atendidas.

- Garantir a melhor participação dos cidadãos na tomada de decisões e escolha das prioridades regionais e locais, na organização e gestão dos serviços.

A metodologia para o processo de regionalização da saúde foi desencadeada a partir da manutenção da divisão territorial delineada no projeto do novo modelo de saúde, elaborado por técnicos da SES – GO, acrescentando apenas a região macro de Goiânia, passando todas a serem chamadas de regiões de saúde. Foi realizado também um levantamento minucioso de toda a capacidade instalada da rede de serviços de saúde cadastrada no SAI – SUS existente nos municípios, com análise da PPI e da programação de AIH, bem como do fluxo de usuários, características geográficas, facilidade de acesso aos serviços, tipo de habilitação e situação dos Conselhos Municipais de Saúde em cada município.

Finalmente, foi iniciado o processo de pactuação da proposta, através de reuniões regionais com os gestores e com os técnicos municipais e, ao término, apresentação e pactuação na CIB.

Os critérios estabelecidos para a regionalização obedeceram aos níveis de planejamento do território estadual (regiões e microrregiões de saúde). Foram considerados procedimentos obrigatórios: (a) realizar cesárea e possuir unidade neonatal de cuidados intermediários; (b) ter leitos de UTI e/ou hemodiálise e/ou referência em saúde mental; (c) realizar pré-natal de alto risco; (d) realizar assistência em urgência (ambulatório 24 horas) e/ou outros serviços de média complexidade. (com prioridade para os serviços vinculados aos programas estratégicos do estado); (e) contigüidade de módulo assistencial; (f) situação geográfica apropriada; (g) fluxo adequado de usuários.

As principais dificuldades registradas foram a demora na definição do valor do PAB ampliado; as dificuldades na aplicação prática nos casos de municípios habilitados em gestão plena da atenção básica que oferecem serviços de M1 com qualidade e quantidade adequadas; os problemas no processo de cadastramento, impossibilitando a real visualização da capacidade instalada, com prejuízos na programação e elaboração do PDI; a necessidade de definição quanto ao financiamento do PDI; a inadequação do instrumento utilizado para pagamento de procedimentos ambulatoriais pelo SAI – SUS.

Foi também formada uma comissão de técnicos da SES – GO e de representantes do COSEMS, com o objetivo de se estabelecer e propor os critérios para elaboração do PDR, que foram posteriormente aprovados pela CIB. O «desenho» da proposta de regionalização foi então apresentado ao DDGA/SAS/MS. Após pequenas alterações foi dis-

cutido com os prefeitos municipais, gestores municipais e assessores, além de técnicos das diversas áreas da SES – GO.

Concluindo, é preciso ter clareza de que a PPI seja realmente um *marco zero* para a fixação dos novos tetos financeiros dos municípios, especialmente para aqueles que se encontram em gestão plena do sistema.

■ COMENTÁRIOS

• **Laudima Pereira Carneiro Muniz**

Representante do COSEMS – GO

O COSEMS – GO participou ativamente do processo de implantação da NOAS, juntamente com a SES, inclusive acompanhando as discussões locais.

Os recursos humanos são reconhecidamente um ponto crítico, sendo que a realização de cursos de capacitação de gestores fez uma grande diferença positiva. Capacitar conselheiros também se torna necessário.

Que os municípios assumam seu papel e também os estados, de naturezas diferentes; que se fortaleçam as regionais de saúde, também para a capacitação dos municípios.

Em conclusão, o PDR e o PDI são instrumentos estratégicos para a construção do SUS.

■ EXPOSIÇÃO: RELATO DA EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DA NOAS NO ESTADO DO AMAPÁ

• **Dr. Ronaldo Dantas Melo**

Secretário Adjunto da Secretaria de Saúde do Estado do Amapá

O Amapá foi convidado para representar a região Norte, uma vez que apresenta características representativas da mesma, como a baixa densidade demográfica, a inexistência de prestadores privados e a carência de profissionais.

O estado do Amapá, com população concentrada na área leste, possui extensa área ainda ocupada por florestas. A principal causa da mortalidade é a malária, cujo controle depende da questão do manejo ambiental, o que exige a adoção das propostas da agenda 21 (desenvolvimento sustentável).

O governo do estado adota o Programa de Desenvolvimento Sustentável – PDSA,

tendo como princípios básicos que o investimento seja economicamente viável, socialmente desejável e ecologicamente responsável. As estratégias são: a promoção da equidade social, o fortalecimento da economia e a manutenção do equilíbrio social e ambiental.

A saúde no contexto do PDSA reafirma o preceito do SUS para a implantação dos princípios e diretrizes do Plano Plurianual 2000-2003, que busca definir os caminhos para a construção do novo modelo de Atenção à Saúde que possibilite a diminuição das desigualdades existentes entre a população, que garanta a eficácia dos serviços e a satisfação do usuário. Além disso, existe a preocupação com a compatibilização da oferta de serviços aos agravos à saúde e com a demanda específica, visando à criação de alternativas que utilizem tecnologia adequada à realidade, na busca de melhores conhecimentos dos agravos que afetam o homem e as intervenções para equilíbrio homem x meio ambiente. São enfatizadas, neste contexto, ações de informação, educação e comunicação, visando à formação de uma consciência crítica da sociedade, como exigência de um sistema descentralizado e participativo, baseado na responsabilidade do cidadão pela sua saúde e da coletividade.

Foram apresentados dados sobre a capacidade instalada da rede SUS, que atende à demanda espontânea. Destacou-se o fato de o estado ser novo e pequeno, com apenas um município na gestão plena, sendo que dois não estão habilitados de nenhuma forma, o que é preocupante.

A população do estado é de 498.735 habitantes, e a rede é composta de 136 Postos de Saúde, 837 leitos, 25 Centros de Saúde, oito Unidades Mistas, um LACEN, um Hemocentro com cinco agências transfusionais e uma unidade de coleta e transfusão de sangue, três centros de referência, sete hospitais e apenas quatro Unidades do Programa Saúde da Família – PSF. A estratégia de Saúde da Família ainda é incipiente, mas há previsão de ampliação, inclusive com a implantação de novas equipes através da contratação de profissionais de Cuba.

Para que a reorganização dos serviços de saúde seja compatível, é preciso considerar os recursos de acesso existentes, assim como as dificuldades, o que onera bastante o sistema.

Para que a reorganização dos serviços de saúde seja compatível e viável à luz da NOAS/SUS/01, foi adotada a seguinte estratégia: na atenção básica, PSF para todos os municípios; atenção básica e média complexidade para a microrregião ou módulo (município sede de microrregião/módulo) e MC II, III e alta complexidade para o estado.

O objetivo do processo é garantir a equidade no acesso da população às ações e serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade, a partir da reorganização da rede de serviços, com envolvimento de todos os atores, com maior clareza quanto à definição do papel e responsabilidade do estado e dos municípios.

No Amapá, nem todas as clínicas básicas já estão implantadas, mas existe previsão orçamentária para tal, sendo que é crucial a sensibilização dos gestores municipais para esta nova forma de organização. Ressaltou que 1/3 dos municípios tem menos de quatro mil habitantes, sendo que o estado tem dificuldade de contratação de profissionais, o que gera preocupação em incentivos para a interiorização.

Os pontos básicos para a caracterização do modelo é o acesso intermunicipal, tendo como bases a convergência e a contigüidade, considerando-se as vias fluviais, rodovias e ferrovias. A estrutura física de estabelecimento assistencial de saúde foi ressaltada, o que possibilita realizar reformas e adaptações para implementar e/ou implantar serviços nas quatro clínicas básicas. Também foram considerados: a análise da situação de saúde (perfil social, demográfico, epidemiológico, capacidade instalada, fluxos de usuários e situação geográfica), e o fato de o estado ser área fronteira, integrante da *Rodovia Transguianense*, com grande população indígena.

Como diretrizes de organização, os municípios-satélites, que possuem os serviços que a sede da microrregião/módulo vai oferecer, permanecerão com os mesmos e os serviços existentes não serão desativados.

As intervenções nas estruturas físicas e a capacitação profissional serão prioritárias para as sedes das microrregiões/módulos, a fim de instalar os serviços que terão cobertura na área, bem como criar incentivos para interiorizar os profissionais de saúde.

É notória a necessidade de pactuação permanente entre os gestores municipais, coordenada pelo gestor estadual, no processo de integração dos serviços oferecidos no módulo, e entre as microrregiões.

Nas sedes das microrregiões/módulos em que os gestores ainda não possam assumir a gerência da unidade mista existente, a Secretaria de Saúde do Amapá continuará gerenciando o sistema até que se viabilize o plano de repasse dessas unidades ao município, o mesmo ocorrendo com os municípios na gestão da Atenção Básica.

O Tratamento Fora de Domicílio (TFD) intermunicipal deverá ser regulado para que sejam garantidos os serviços aos usuários referendados, ficando o TFD interestadual sob responsabilidade da secretaria estadual.

O estado se caracterizará, então, como região de assistência à saúde, ficando a Secretaria de Estado da Saúde com a gestão e a gerência dos estabelecimentos assistenciais de saúde de alta complexidade e referência estadual dos sistemas de gestante de alto risco, urgência e emergência.

Quanto à microrregião de assistência à saúde, será constituída por um conjunto de

municípios ou módulos, com compromisso firmado entre os municípios e o estado para garantia do acesso de toda a população residente nesse espaço territorial, com sede num município pólo que realizará um conjunto de ações e serviços correspondente ao nível de assistência à saúde de média complexidade.

O módulo assistencial de saúde constitui-se em área territorial que tem as condições de resolatividade, constituído por um ou mais municípios, tendo no município sede capacidade instalada na Atenção Básica e Média Complexidade I, com ações e serviços suficientes para atender sua população, e a dos municípios adscritos.

A unidade territorial de Assistência Básica corresponde à base territorial do município, que garantirá um conjunto de ações e serviços, de saúde de atenção básica, que viabilize o controle dos agravos e promova a humanização da assistência.

O plano diretor de regionalização apresentado mostra os fluxos de referência propostos, com diferenças no número de municípios, e na capacidade instalada. Cada módulo tem a disposição os recursos físicos (número de estabelecimentos de saúde, número de leitos), recursos humanos e serviços disponíveis, o que já gera a discussão e definição sobre as necessidades (RH, serviços, equipamentos), ou seja, o plano de investimento.

O estado ficou dividido em três microrregiões. A microrregião do Amapá é formada pelo módulo Amapá e pelo módulo Oiapoque, que ficou isolado por dificuldades de acesso e por ser região de fronteira, além disso, metade da população é indígena.

A microrregião Macapá é formada pelo módulo Macapá e pelo módulo Porto Grande.

Por fim, a microrregião Santana é composta pelo módulo Santana e pelo módulo Laranjal do Jari.

Definiu-se uma cronologia de operacionalidade, com os principais eventos realizados para a implantação da NOAS – SUS/01.

■ COMENTÁRIOS

• Lineu da Silva Fagundes

Secretário Municipal de Macapá

Presidente e Representante do COSEMS – AP

O apoio da Secretaria de Assistência à Saúde/MS foi imprescindível para a concepção do Plano de Regionalização, que deve ser compreendido como um marco. Ele foi precedido do levantamento da capacidade instalada, o que propiciou a realização de um projeto para a assistência, e sua adequação à realidade do estado.

Houve grande apoio dos gestores neste processo, sendo que a Programação Pactuada Integrada – PPI está sendo construída, levando em consideração todos os recursos disponíveis. Foi possível verificar que, frente à enorme diversidade de realidades existentes no País, é possível uma adaptação.

Muitos esforços foram mobilizados para o cumprimento do cronograma para a execução do Plano de Desenvolvimento Regional – PDR, e o desenho atual do PDR foi o previsto, inclusive quanto aos recursos e de investimento para sua implantação.

Em conclusão, defende-se o estabelecimento de pactos, com a necessidade de definição de dois pontos: identificação das necessidades e estabelecimento de fluxo para outros estados.

■ COMENTÁRIOS SOBRE AS APRESENTAÇÕES DOS ESTADOS

• Renato Tasca

Consultor da SAS – MS

O presente processo mostra-se pleno de sentido, sem dúvida, em sua complexidade, podendo ser comparado, metaforicamente a um «mosaico», cujas peças vão formando, pouco a pouco, uma figura coerente. Há muita variabilidade nos casos apresentados, sim, mas simetria é algo que não seria de se esperar em um processo como este, não seria o caso mais previsível em tal realidade.

Um aspecto destacável é que a média de municípios por módulo regionalizado é bastante variada, por exemplo, mais alta no Piauí e muito mais baixa no Rio de Janeiro. Mas este aspecto também faz parte do processo, é algo a ser compreendido e mesmo tolerado, embora careça de acompanhamento e análise, pois podem ocorrer distorções neste campo.

Como exemplo de distorção nítida, vêem-se grandes municípios que continuam em posição de «satélites» dentro do sistema regionalizado, o que poderia ser decorrência de uma certa resistência local à Gestão Plena. Neste aspecto, cabe indagar se os mais de 500 municípios que já se encontram em tal condição viriam, por assim dizer, a «contagiar» os demais. Ou por outra, se os mecanismos atualmente em prática para se adentrar na GP seriam os mais adequados. Cabe destacar que o papel de indução do MS nestes e em outros casos continua necessário e deve continuar a se fazer presente. Mas o cenário a longo prazo certamente é de incremento da GP no País.

Sem dúvida, processos de regionalização com as características presentes, quando analisados em perspectiva comparada, sempre suscitam a questão de que os instrumen-

tos normativos empregados, como é o caso da NOAS, sejam considerados, ou melhor, acusados de centralizadores, ou como mera resposta burocrática. Isto é fato comum em toda parte. A motivação política e ideológica quase sempre está presente, e esta é uma discussão um tanto estéril, na verdade. É bom assinalar que a NOAS é apenas um instrumento, e que pode ser revertido – é «neutro», em certo sentido. Cabe indagar sobre o desenho institucional que lhe serve de *back ground* – isto é o que importa. É preciso também contar com uma certa ampliação de visão dos gestores em sua implementação.

Uma lógica de cooperação entre níveis de governo deve prevalecer, superando estágios de tensão e competição – este é um fator essencial para o sucesso do processo de descentralização. Deve-se reconhecer que a exigência dos cidadãos neste sentido é palpável, inclusive demandando descentralização de decisões, pois o ganho de eficácia é muito grande quando isso acontece. O ganho se traduz em *governance*, ou seja, capacidade de governo ampliada, aspecto essencial para quem tem de gerenciar uma rede, um sistema complexo de serviços, com muitos interlocutores. Isto constitui uma lógica mais adequada e contemporânea de atuação, que se contrapõe ao mero «governo», em seu sentido tradicional.

Insiste-se que a descentralização faz mais sentido quando seu objeto é materialmente definido como uma «rede», na qual os mecanismos de cooperação e não de competição devem prevalecer. Assim, a NOAS é percebida como uma resposta natural do sistema de saúde, dentro do contexto da acumulação de conhecimentos e práticas que configuram os cenários da sociedade brasileira atual, com toda sua complexidade.

Desafios importantes ainda estão em jogo, como aqueles de natureza organizacional e operacional, que geram a necessidade de intercâmbios inéditos entre os municípios, o que resulta na necessidade de que muitos instrumentos administrativos e organizacionais novos venham a ser criados e testados. Da mesma forma, processos de capacitação, desenvolvimento de novas tecnologias (por exemplo, os protocolos assistenciais) devem ser desenvolvidos. Além disso, um vasto sistema carece ser regulado e um grande esforço de comunicação e informação com os usuários deve ser realizado.

Do ponto de vista tecnológico, também há grandes desafios, por exemplo, de como dispor e organizar os novos fluxos de informação, com as tecnologias mais apropriadas para cada caso. Em todos os casos, a absorção de impactos gerados pelas tecnologias deve ser considerada.

A questão do financiamento está permanentemente posta e alternativas devem ser procuradas, como, por exemplo, as parcerias com um terceiro setor.

Do ponto de vista político e ideológico cabe indagar a respeito do «desenho ideológico» no qual se apóia o gestor: deve prevalecer o critério de melhoria da saúde ou a opção

pelo mercado? É realmente importante ter crença no modelo no qual se está investindo política ou economicamente. Não é demais admitir que o pensamento liberal pode aceitar flexibilizações em suas regras e o mesmo pode ocorrer com outras modalidades de pensamento. É preciso, pois, não só buscar um termo comum, como procurar produzir conhecimento neste sentido.

Mas o desafio principal, entre tantos, é sem dúvida de natureza institucional. Neste aspecto, a *missão* institucional não pode ser considerada imutável ou fixa e pode mesmo ser revista, por exemplo, ao encontro de outras lógicas, como a divisão de tarefas entre os níveis de governo, com novos papéis a serem atribuídos aos níveis centrais. Aqui, mais do que nunca, a noção de *governance* deve orientar a ação. Ainda neste campo, recomendar-se-iam processos de comunicação intra- e interinstitucionais mais adequados. Da mesma forma, novas configurações de gestão, como, por exemplo, agências, devem ser pensadas, particularmente para as estruturas de influência e referência nacional, com ênfase na flexibilidade.

■ OFICINAS TÉCNICAS

1. SISTEMA DE MONITORAMENTO DA GSPM

- Luiza Heimann

Obs.: O material sobre Sistema de Monitoramento da GSPM será divulgado em breve.

2. SISTEMA DE REGULAÇÃO NAS UNIDADES FEDERADAS

- Aglaé Regina
- Antonio Claret Campos Filho

SAS – MS

DIRETRIZES PARA CONTROLE, REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO ASSISTENCIAL

A elaboração do diagnóstico da situação é dificultada por inúmeros fatores como: indefinições de competências entre gestores, inexistência de serviço estruturado, falta de equipes multiprofissionais qualificadas, atuação centrada no médico, falta de equipamentos de informática ou acesso à Internet, baixo conhecimento e uso de instrumentos informatizados de controle e avaliação, sistemas de informações assistenciais inadequados à gestão do SUS, controle e avaliação inadequados à lógica do SUS e fraco papel regulador do acesso assistencial pelos gestores.

O controle, a regulação e a avaliação assistencial englobam a avaliação: da organização dos sistemas de saúde, da prestação de serviços sob sua gestão, da qualidade assistencial e satisfação dos usuários, e o acompanhamento dos resultados e do impacto das ações e serviços sobre a saúde da população e, também pressupõe a articulação permanente entre vigilância sanitária/epidemiológica e a auditoria.

O controle, a regulação e a avaliação assistencial devem ser considerados como eixos básicos das funções de gestão. Constatada a existência de competências comuns e específicas dos gestores, é necessária a mudança de postura gerencial. Tais ações pressupõem a criação de instrumentos para se conhecer a realidade dos gestores, com a discussão e definição das atribuições e responsabilidades de cada nível, para controle e regulação do acesso e para a formulação do Plano de Controle, Regulação e Avaliação Assistencial.

Como instrumentos disponíveis para a realização destas funções, foram destacados: cadastro de estabelecimentos de saúde, relatórios dos sistemas (SIA, SIH, APAC), indicadores e parâmetros assistenciais, protocolos assistenciais, Centrais de Regulação Assistenciais e Cartão Nacional de Saúde.

Ainda como instrumentos para controle, regulação e avaliação, podem ser considerados: a Agenda de Saúde; o quadro de metas PDR, PDI, termos de garantia de acesso; termos de compromisso entre entes públicos; tetos físicos financeiros da assistência; relatórios de gestão, execução orçamentária do fundo de saúde; atos normativos do Ministério da Saúde, dos gestores e dos Conselhos de Saúde; instrumentos de avaliação da qualidade assistencial e da satisfação dos usuários etc.

Como objeto principal, cabe ao gestor federal: acompanhar, controlar, regular e avaliar o sistema nacional de saúde e a execução das ações e serviços de saúde no território nacional, respeitadas as competências de estados e municípios.

Ao gestor estadual compete: acompanhar, controlar, regular e avaliar o sistema estadual de saúde e a execução das ações e serviços de saúde em seu território, respeitadas as competências municipais. Neste contexto, pode ser considerada como função expansiva a avaliação da gestão municipal e, como função residual, o controle e avaliação da execução de serviços sob sua gestão.

Ao gestor municipal cabe: acompanhar, controlar, regular e avaliar a qualidade, eficiência, eficácia e efetividade da execução das ações e serviços de saúde e do sistema municipal de saúde, na garantia do atendimento às necessidades da população. O conceito de controle-vigilância pressupõe a contínua e periódica implementação de uma atividade e seus componentes, a fim de assegurar que a entrada, o processo de traba-

lho, a produção estimada e outras ações necessárias funcionem como o previsto.

A avaliação é o processo que tenta determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância e efetividade de atividades, tendo em vista seus objetivos, com uma ferramenta orientada para a aprendizagem; também é um processo organizativo que visa tanto melhorar as atividades em andamento, quanto planejar o futuro e orientar a tomada de decisões.

Na realidade, o controle e a avaliação podem e devem ser das mais importantes atividades inerentes à gestão do sistema de saúde, permitindo tanto a detecção de insuficiência ou erro, quanto à realização da meta.

As competências da Secretaria de Assistência à Saúde – SAS, segundo o decreto 3.496/2000 e 3.774/2001, são: participação na formulação da política de assistência à saúde, definição e coordenação dos sistemas de redes integradas de saúde, estabelecimento de normas, critérios e parâmetros para o controle e avaliação da assistência à saúde, elaboração de normas para disciplinar as relações entre gestores/serviços privados assistenciais, cooperação técnica aos gestores para desenvolvimento da capacidade de gerenciamento, proposição de critérios e normas para regulamentação das ações de assistência à saúde e coordenação, acompanhamento e avaliação das unidades assistenciais do ministério.

O Departamento de Controle e Avaliação tem como competências, de acordo com os decretos 3.496/2000 e 3.774/2001: acompanhar e avaliar a prestação de serviços assistenciais, a transferência de recursos a estados e municípios, os métodos e instrumentos de controle e realizar a avaliação de estados e municípios. Além disto, são, responsabilidades do DCA: estabelecer normas e critérios para sistematizar e padronizar técnicas e procedimentos de controle e avaliação, prestar cooperação técnica aos gestores, realizar estudos para aperfeiçoar a capacidade gerencial/operativa dos serviços assistenciais e subsidiar a elaboração de sistemas de informações no SUS.

A Secretaria de Assistência à Saúde, conforme os mesmos instrumentos legais, é responsável pela implementação do acompanhamento e monitoramento contínuo das ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS, sem prejuízo das atividades de controle e avaliação pertinentes a cada órgão ou entidade do ministério ou aos gestores, sendo apresentada a estrutura organizacional proposta.

Como atribuições do gestor federal, no controle e avaliação do sistema nacional de saúde, foram destacadas: o acompanhamento do plano plurianual, da Agenda Nacional, do plano de metas, controle e avaliação da organização das redes assistenciais regionalizadas

e dos sistemas de alta complexidade, a coordenação dos sistemas de informações assistenciais, apoio e assessoria técnica aos gestores na implantação e implementação do controle e avaliação, coordenação do cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde e manutenção do banco de dados nacional, assessoria à instalação das centrais de regulação assistencial, participação na implantação do Cartão Nacional de Saúde, acompanhamento da avaliação da satisfação dos usuários com os serviços do SUS etc.

As atribuições do gestor estadual são: (a) controlar, regular e avaliar o funcionamento do sistema estadual de saúde, acompanhar a execução da agenda estadual de saúde, do plano estadual de saúde, do quadro de metas, do Pacto da Atenção Básica do estado; (b) participar da elaboração do Plano Diretor de Regionalização – PDR, do Plano de Investimentos acompanhando sua execução; (c) avaliar a repercussão das ações e serviços de saúde sobre a situação epidemiológica do estado; (d) assessorar os municípios no processo de regulação assistencial; (e) controlar o desempenho das redes assistenciais regionalizadas conforme PDR, prestar apoio à capacitação dos municípios em controle, regulação e avaliação do SUS; (f) assessorar os municípios na contratação de seus prestadores de serviços e coordenar o cadastro dos estabelecimentos de saúde e atualização do banco de dados nacional; (g) participar do processo de contratação dos prestadores de serviços ao SUS sob sua gestão; etc.

Como atribuições do gestor municipal destacam-se: (a) acompanhar o cumprimento das metas do plano municipal de saúde, regular o acesso assistencial, coordenando os mecanismos de regulação assistencial dos serviços ao SUS sob a sua gestão; etc.

Como atribuições do gestor municipal destacam-se: (a) acompanhar o cumprimento das metas do plano municipal de saúde, regular o acesso assistencial, coordenando os mecanismos de regulação assistencial dos serviços sob sua gestão; (b) disponibilizar médico para autorização de internações, exames e procedimentos assistenciais; (c) controle da oferta de serviços sob sua gestão, acompanhando a execução da programação físico-financeira das unidades sob sua gestão; (d) pactuação com os demais gestores de protocolos médico-assistenciais para o SUS; (e) definição das necessidades de contratação complementar de serviços privados; (f) avaliação da satisfação dos usuários com as ações e serviços do SUS; (g) disponibilização à sociedade do resultado das avaliações para aprimoramento do controle social do SUS etc.

Faz-se necessária a elaboração do plano de controle/regulação e avaliação/assistencial, onde deverá ser contemplada a situação atual, a situação proposta, as metas a serem alcançadas, os instrumentos e os prazos.

O plano de controle, regulação e avaliação deverá abranger vários aspectos da gestão, entre eles: estrutura física e recursos humanos, avaliação de gestão, relação com prestadores de serviços, instrumentos de regulação do acesso assistencial, qualidade da assistência, satisfação dos usuários e avaliação de resultados (impacto na saúde da população).

3. CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTAR E EXAMES

Apresentação dos instrumentos para “Central de Marcação de Consultas e Exames” e “Central de Marcação de Leitos”

- **Marcos Pinciara**

Representante do DATASUS

Trata-se de um sistema *on-line*, desenvolvido de acordo com o “estado da arte”, com amplo escopo da atuação, abrangendo internações eletivas e de urgências, marcação de consultas e exames complementares, abarcando os níveis primário, secundário e terciário.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é fundamental para se ter uma visão de regulação e para o estabelecimento de um projeto. É a premissa básica, já que não se implantam sistemas regulatórios sem o levantamento das condições específicas, do volume e fluxo de atendimento.

Os pressupostos básicos para a implementação do sistema de regulação propostos (SISREG) estão dados pela própria NOAS, que preconiza: (a) a regionalização da assistência, com a definição de normas de operação referentes à regionalização e à hierarquização do atendimento assistencial; (b) a Programação Pactuada Integrada – PPI, instrumento que expressa a pactuação entre os gestores municipais; (c) a Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – FCES, instrumento que identifica e registra a capacidade instalada para atendimento da população, e (d) a Ficha de Programação Orçamentária – FPO, que estabelece a programação física e financeira, sendo o instrumento a partir do qual os municípios distribuem os procedimentos a serem prestados pelas unidades de saúde.

A finalidade do Projeto Central de Regulação é, a partir da lógica regulatória, apoiar o acesso da população aos serviços de saúde, existentes nos municípios e nos Estados, de forma mais unânime, obedecendo aos princípios do SUS da regionalização, da hierarquização e da integralidade das ações de saúde.

O projeto tem como objetivos específicos: (a) permitir a regulação e controle de toda a disponibilidade assistencial de uma região/município; (b) agilizar o atendimento de forma a dar conforto ao cidadão; (c) auxiliar no controle do fluxo das demandas ofertadas dos municípios e suas possibilidades de atendimento baseadas na Programação Pactuada Integrada – PPI; (d) distribuir de forma igualitária os recursos de saúde para a população de acordo com as necessidades do atendimento; (e) encaminhar e agendar internações eletivas e de urgência, e (f) acompanhar a disponibilidade de leitos.

Quanto à abrangência da Central, uma região de saúde é caracterizada através de sua

área de abrangência. As Centrais de Regulação poderão ter abrangência nacional, estadual, regional, microrregional, municipal, distrital e interestadual. Em se tratando de sua esfera administrativa, esta pode ser: nacional, estadual, municipal, privada e mista.

Quanto ao fato de a abrangência poder ser nacional, é preciso que se entenda o nível de “sofisticação” do sistema, que foi arquitetado para isto. Ele tem condições de visualizar as integralidades, o sistema de microrregiões com acessos diferenciados etc.

As formas de regulação permitem a interferência e a intervenção do regulador, avaliando a melhor alternativa terapêutica para o paciente na ausência de recursos assistenciais geridos pela central, como: (a) ausência de cotas de solicitação e de agenda médica para atendimento, e (b) ausência de agenda/leito para encaminhamento de internações eletivas. Na segunda fase, estes procedimentos poderão ser realizados mediante a utilização de protocolos clínicos e operacionais.

O ciclo de regulação começa com o acionamento do regulador que, mediante a indisponibilidade de recursos no agendamento do atendimento (agendas médicas e cotas de solicitação), realiza a avaliação da melhor alternativa terapêutica para o paciente, o que significa maior abertura para agendamento de atendimento (prioridade), sendo que após este procedimento o sistema segue o fluxo normal.

São usuários da Central, as unidades solicitantes: secretarias municipais de saúde, secretarias estaduais de saúde, coordenadorias regionais, estabelecimentos de saúde e outros centrais. Também são usuários, as unidades executantes (estabelecimentos de saúde), as unidades autorizadoras (secretarias municipais de saúde, secretarias estaduais de saúde, coordenadorias regionais) e os estabelecimentos de saúde (unidades básicas, unidades especializadas e unidades terciárias).

Foram apresentados os “cenários de regulação”, que mostraram o modelo operacional proposto para as internações, as consultas e os exames especializados.

Deve ser enfatizado que o cenário de regulação, no caso de marcação de consultas, permite que a questão da prioridade seja levada em conta. O sistema permite que “a fila seja furada”, dependendo da necessidade e gravidade do caso. A Central de Regulação, após verificar disponibilidade de vaga, através da intervenção do médico regulador, possibilita a negociação da mesma.

Quanto à arquitetura operacional do SISREG, existem várias possibilidades, como: (a) o município com urgência/emergência (UE) e com possibilidades de ter seu próprio médico regulador; (b) município com UE, mas sem condições de ter médico regulador próprio; (c) município sem UE, mas com possibilidades de ter médico regulador, e (d) município sem

UE e sem condições de ter médico regulador próprio. O regulador vai ter acesso ao sistema, mesmo se este estiver “fora do ar”, ou seja, sem sair do município tem-se clareza do que está disponível pela central.

Um aspecto importante é a integração como Cartão Nacional de Saúde, sendo que a operacionalidade do modelo proposto para o funcionamento do sistema também foi apresentada.

Como considerações finais, foram enfatizados os seguintes aspectos da Central de Regulação: (a) a aplicação Web, permitindo acesso “on-line” a partir de diferentes pontos, a tecnologia utilizada exige que o servidor (WEB e dados) seja de alta velocidade de processamento; (b) a interface direta com o Cartão Nacional de Saúde – CNS; (c) a segurança do sistema através de certificação e definição de diferentes níveis de acesso; (d) a confiabilidade das informações (utilização de criptografia), e (e) o ambiente seguro.

SÉRIE DE DOCUMENTOS

Ministério da Saúde
BIBLIOTECA

Biblioteca MS



10001010291



ISBN 85-87



9 788587 119