

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde



A história do **CONASEMS**: da fase heróica da década de 80 ao desejo de mudança do modelo de atenção e gestão dos anos 2000

Conasems



Presidente: Helvécio Miranda Magalhães Júnior
Vice-Presidente: José Sival Clemente da Silva
Vice-Presidente: Luciano Von Salliel
Diretora Administrativa: Aparecida Linhares Pimenta
Diretor Administrativo - Adjunto: Antonio Carlos de Oliveira Júnior
Diretor Financeiro: Antônio Carlos Figueiredo Nardi
Diretor Financeiro - Adjunto: Mauro Guimarães Junqueira
Diretor de Comunicação Social: Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Diretor de Comunicação Social - Adjunto: Tereza de Jesus Campos Neta
Diretor de Descentralização e Regionalização: Raimundo Alves Costa
Diretor de Descentralização e Regionalização - Adjunto: Maria Adriana Moreira
Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares: Edvaldo Luiz Gonçalves
Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares - Adjunto: Marineze Araújo Meira
1º Vice-Presidente Regional - Região Norte: Anderson Walter Costa da Silva
2º Vice-Presidente Regional - Região Norte: Dirlei César Garcia
1º Vice-Presidente Regional - Região Nordeste: Patrícia Maria Santos Batista
2º Vice-Presidente Regional - Região Nordeste: Suzana Cristina Silva Ribeiro
1º Vice-Presidente Regional - Região Centro-Oeste: Norberto Fabri Júnior
2º Vice-Presidente Regional - Região Centro-Oeste: Josué da Silva Araújo
1º Vice-Presidente Regional - Região Sudeste: Márcia Cruz Pereira Andriolo
2º Vice-Presidente Regional - Região Sudeste: Valter Luiz Lavinias Ribeiro
1º Vice-Presidente Regional - Região Sul: Celso Luiz Dellagiustina
2º Vice-Presidente Regional - Região Sul: Marina Sidinéia Ricardo Martins

CONSELHO FISCAL

1º Membro: Paulo Sérgio do Nascimento Rodolfo
1º Membro Suplente: Sônia Aparecida Dias H. Garção
2º Membro: Maria Custódia Miranda Almeida
2º Membro Suplente: Raimundo Nonato Alves Bezerra
3º Membro: Carlos Henrique Schabbbch
3º Membro Suplente: Fernando de Fávéri
4º Membro: Denise Lima Mascarenhas
4º Membro Suplente: Frederico Marcondes Neto
5º Membro: Oneide Regina Camilo S. Cândido
5º Membro Suplente: Francisca Eudézia Damasceno Nunes

SECRETARIAS EXTRAORDINÁRIAS

Atenção a Saúde-Norte: Paulo Roberto Espíndula Travassos
Atenção a Saúde-Nordeste: Lílio Estrela de Sá
Atenção a Saúde-Sul: Magda Dror
Atenção a Saúde-Sudeste: Maria Conceição de Souza Rocha
Atenção a Saúde-Centro-Oeste: Lucélia Borges de Abreu
Descentralização, Regionalização e Regulação-Norte:
Descentralização, Regionalização e Regulação-Nordeste:
Descentralização, Regionalização e Regulação-Sul: Arilson Cardoso da Silva
Descentralização, Regionalização e Regulação-Sudeste: Fabiana Lima Simões
Descentralização, Regionalização e Regulação-Centro-Oeste: Rodrigo César Faleiro de Lacerda
Financiamento-Norte: José Carlos Machado de Carvalho
Financiamento-Nordeste: Gildásio Ângelo da Silva
Financiamento-Sul: Norival Silva
Financiamento-Sudeste: Antonio Pedro Pires Jardins
Financiamento-Centro-Oeste: Sílvio Carlos Suassuna de Moraes
Gestão do Trabalho e Educação-Norte: Leonil Nazareno da Cunha Cardoso
Gestão do Trabalho e Educação-Nordeste: Áurea de Menezes T. Oliveira
Gestão do Trabalho e Educação-Sul: Margarete de Bertolis
Gestão do Trabalho e Educação-Sudeste: Gilson Urbano Araújo
Gestão do Trabalho e Educação-Centro-Oeste: Elieide Menezes Lins
Promoção e Vigilância em Saúde-Norte: Genilson Ferreira Moraes
Promoção e Vigilância em Saúde-Nordeste: Maria Neuman de Azevedo
Promoção e Vigilância em Saúde-Sul: Meire Cristina Sakuma Nakagawa
Promoção e Vigilância em Saúde-Sudeste: Paulo Fernando Capucci
Promoção e Vigilância em Saúde-Centro-Oeste: Luiz Soares
Participação e Controle Social- Norte: Maria Adriana Moreira
Participação e Controle Social- Nordeste: Wilames Freire Bezerra
Participação e Controle Social- Sul: Marlene Madalena Possan Foschiera
Participação e Controle Social- Sudeste: Marfiza Machado de Novaes
Participação e Controle Social- Centro-Oeste: Larissa Raquel de Pina Maulin
Planejamento e Programação-Norte: Luiz Cláudio Soares Azambuja
Planejamento e Programação-Nordeste: Oscar Capistrano dos Santos
Planejamento e Programação-Sul: João José Cândido da Silva
Planejamento e Programação-Sudeste: Maria Auxiliadora Fundão F. Lima
Planejamento e Programação-Centro-Oeste: Viviane Aleida Nogueira
Município de Pequeno Porte-Norte: Fernando José da Costa
Município de Pequeno Porte-Nordeste: Jean Gledson da Silva
Município de Pequeno Porte-Sul: Ivânia Gleber
Município de Pequeno Porte-Sudeste: Rogério Geraldo Pontes
Município de Pequeno Porte-Centro-Oeste: Sônia Maria de Souza Correa

Município de Médio Porte: Jaime Edalvo Goetz
Atenção a Urgência e Emergência: Maria Aparecida de França Gomes
Direito Sanitário: Sônia Kamitani Yokoro
Direito Sanitário: Eduardo Dall Acqua
Ciência e Tecnologia: Jorge Otávio Maia Barreto
Assistência Farmacêutica: Raul Moreira Molina Barrios
Capitais: Roseana Maria Barbosa Meira
Regiões Metropolitanas: Vânia Barbosa do Nascimento
Relações Internacionais: Marco Antonio Ferraz Junqueira
Mercosul e Fronteiras: Eugênio Luiz Lazarotto
Amazônia Legal: Otávio Lacerda de Paula
Amazônia Legal: Hemerson Stênio Negreiro de Almeida
Amazônia Legal: Emanuel Silva
Saúde Indígena: Dário Vicente da Silva
Relações Intermunicipais: Mauro Guimarães Junqueira

CONSELHO HONORÁRIO

Raimundo Bezerra (em memória), Paulo Dantas, José Eri Medeiros, Armando Martinho Bardou Reggio, Gilson Cantarino O'dwyer, Edmundo Gallo, Gilberto Tanos Natalini. Neilton Araújo de Oliveira Filho, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Sílvio Fernandes da Silva e Edmundo Costa Gomes, Sílvio Mendes de Oliveira Filho.

Secretário Executivo: José Enio Servilha Duarte
Coordenação da Assessoria Técnica: Nilo Brêtas Júnior
Coordenação da Assessoria Administrativa: Blenda Leite Saturnino Pereira
Assessores: Denise Rinehart, Elizabete Vieira Matheus da Silva, Gilson Carvalho, Giovana de Paula, Joellyngton Medeiros, José Veloso Souto Júnior, Karla Watkins, Lenir dos Santos, Marcos Silveira Franco, Neda Blythman de Figueiredo, Nilo Brêtas Júnior, Ricardo Carvalho, Sibebe Maria Gonçalves Ferreira, Sílvio Fernandes da Silva e Sônia Terra Ferraz
Setor de Apoio à Secretária Executiva: Maria Ignez Magalhães
Setor Financeiro: Cristiane Machado, Fernando de Souza e Wilma Castilhos
Setor de Apoio Administrativo: Cristiane Rodrigues e Sílvia Jeane Nascimento de Macêdo
Setor de Acolhimento: Danielle Matos, Percília Bacelar e Thiago Gonçalves
Setor de Informática: Cleison Lima Moura, John Faber Costa e Raymundo Aben-Athar

PRODUÇÃO

Aparecida Linhares Pimenta
Autora

Giovana de Paula
Edição e Revisão


Elizabete Vieira Matheus da Silva
Revisão

Helma Kátia
Criação e Direção de arte

Jadson Alves
Felix Mariano
Ilustrações

Jadson Alves
Felix Mariano
Designers

Impressão: Athalaia Gráfica
Tiragem: 30.000 exemplares
Miolo: Papel Ripasa - Kromma Gloss 90 g/m2



Como presidente do CONASEMS, tenho a satisfação de apresentar esta edição especial da Revista do CONASEMS. Trata-se da análise dos temas das cartas dos congressos da entidade, nestes 19 anos de história do CONASEMS, como uma das nossas agendas de comemorações dos 20 anos da entidade.

A revista foi escrita pela Secretária de Saúde de Amparo, diretora do CONASEMS, Dra. Aparecida Linhares Pimenta, que viveu esta história como Gestora Municipal de Saúde.

Em 2003, o CONASEMS publicou uma edição especial com a publicação de todas as cartas dos congressos de 1988 a 2003, a partir de uma análise feita pelo Dr. Flávio Goulart, ex-secretário de Uberlândia. Ele participou ativamente dos primeiros anos de construção do CONASEMS.

Esta edição atualiza a análise das cartas e introduz o tema da necessidade de mudança da forma de organização das práticas de saúde no cotidiano dos serviços de saúde.

Esperamos que a leitura desta revista contribua para a reflexão dos gestores e que o CONASEMS continue a assumir seu papel protagonista, enquanto ator político fundamental na construção do Sistema de Saúde, na mudança do modelo de atenção e de gestão do SUS.

Homenageando todos os gestores do Brasil, dedicamos esta Revista ao David Capistrano Filho.

Helvécio Miranda Magalhães Júnior
Presidente do CONASEMS

ÍNDICE

1. Introdução ^{pag} **04**

2. Objetivos deste artigo ^{pag} **07**

3. Década de 80: etapa heróica do CONASEMS – a 8ª CNS,
Constituição Federal, leis do SUS, e as cartas de Olinda e Porto Alegre ^{pag} **08**

4. CONASEMS na década de 90: o
fortalecimento de um ator chave para a reforma sanitária brasileira ^{pag} **12**

4.1 A luta do CONASEMS para que os secretários municipais fossem reconhecidos
como Gestores dos Sistemas Municipais de Saúde - as cartas de Fortaleza (1990),
Brasília (1992), Curitiba (1993), Goiânia (1994), Maceió (1995), e as NOB 01/91 e 01/93 ^{pag} **13**

4.2 O CONASEMS e a NOB 01/96: dez anos sem
mudanças na forma de gestão do SUS - as cartas do
Rio de Janeiro (1996), Brasília (1997), Goiânia (1998), Rio de Janeiro (1999) ^{pag} **20**

5. Anos 2000: o CONASEMS tem de enfrentar suas fragilidades e posicionar-se
sobre as formas de produzir saúde e modelos de atenção: as teses do CONASEMS
e as cartas de Salvador (2000), Vitória (2001), Blumenau (2002), Belo Horizonte
(2003), Natal (2004), Cuiabá (2005), Recife (2006) e Joinville (2007) ^{pag} **22**

Conclusões ^{pag} **28**

Referências Bibliográficas ^{pag} **34**

CONSTRUÇÃO DO SUS E AS CARTAS DO CONASEMS.

1. INTRODUÇÃO

Um dos maiores desafios colocados aos gestores municipais de saúde, interessados em construir modelos tecnoassistenciais centrados nas necessidades de saúde dos usuários, tem sido mudar os processos de produção da saúde nos micro espaços dos serviços de saúde.

Gestores de municípios de diferentes portes, na maioria das vezes, acabam “conformando-se” em manter o instituído, tendo em vista as enormes dificuldades para operar as mudanças nos processos de produção do cuidado, pois o modelo médico hegemônico tem sido forte o suficiente para resistir às tentativas de reforma das práticas sanitárias.

Para mudar de maneira substantiva a produção de saúde, os gestores municipais devem enfrentar o desafio de mudar não somente os processos de trabalho centrados no médico e na medicalização, mas também a forma como se faz a gestão do sistema e dos serviços de saúde.

A força do modelo médico hegemônico e o enraizamento da forma hegemônica de se fazer gestão de serviços determinam que os processos de trabalho nos diferentes espaços de atendimento sejam eles de atenção básica, de urgência e emergência, hospitalar, apoio diagnóstico, ou de especialidades, caracterizem-se pela hegemonia da produção de procedimentos, pela medicalização e pela forma centralizada e burocrática de tomada de decisão.

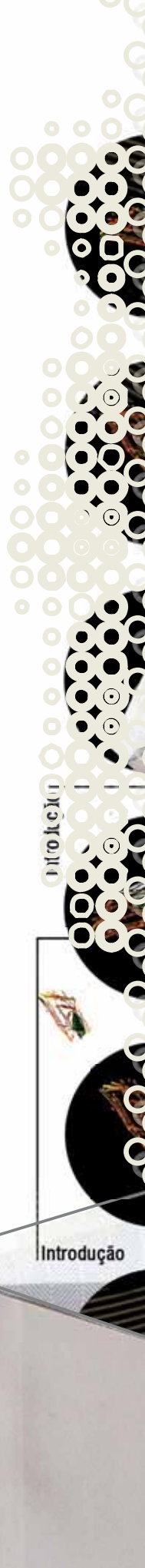
Trabalho com a hipótese de que as mudanças efetivas em termos de produção do cuidado não conseguiram concretizar-se no cotidiano dos serviços de saúde do conjunto de municípios do país, apesar das mudanças significativas ocorridas com o processo de descentralização, que provocou um deslocamento do poder de decisão na Saúde e tornou realidade a municipalização em todo país.

A concepção do processo saúde-doença é determinante na estruturação de um modelo tecnoassistencial. O modelo deve ser capaz de descrever esse processo, bem como as práticas sanitárias organizadas para lidar com a saúde e a doença, e explicitar quem são os trabalhadores que operam os serviços e os usuários. E quanto maior a capacidade explicativa dos fenômenos que interferem no processo saúde e doença, maior a capacidade do modelo oferecer soluções (Silva Junior, op. cit.).

Em seu trabalho de investigação, Silva Junior identificou vários grupos que se formaram para propor novas teorias e novos modelos assistenciais. O autor seleciona três experiências para análise: a de Curitiba; a da Bahia, e a experiência do grupo do LAPA/Campinas. Esta última denominada: “Em defesa da Vida”, elaborada por professores do Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp, reunidos por cerca de cinco anos no Laboratório de Administração e Planejamento/LAPA da Unicamp, e pelo grupo de Santos.

Os docentes do LAPA sempre estiveram envolvidos, como consultores, com a prática da gestão municipal e hospitalar, e boa parte da produção teórica do LAPA foi voltada para a experiência de gestão em municípios de diferentes portes e de diversas regiões do país.

(este artigo é um capítulo modificado da Tese de doutorado defendida no Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM-UNICAMP, em 2006, pela autora Aparecida Linhares Pimenta, sob orientação do Professor Dr Emerson Merhy)



Introdução

Introdução

As propostas desse grupo foram divulgadas em livros e artigos e serviram de referência para várias administrações, particularmente os governos petistas, sendo consideradas por Silva Junior como o núcleo do pensamento sanitário do Partido dos Trabalhadores.

Segundo Silva Junior, no campo teórico, os principais representantes desse grupo são os professores Emerson Merhy e Gastão Wagner Campos e, no campo prático, o sanitarista David Capistrano foi o principal representante do projeto de “Defesa da Vida”.

A concepção do processo saúde e doença do projeto Defesa da Vida parte do entendimento de que a saúde é determinada não só pelas condições materiais de vida, mas também pela cultura e pela singularidade e subjetividade na relação dos indivíduos com os outros e com o mundo.

Segundo Merhy (1994), um modelo assistencial é definido tanto pela organização da produção de serviços a partir de saberes da área, como pela construção de projetos de ações específicas, e estratégias políticas de determinados atores sociais. Para esse autor, a denominação “modelos tecnoassistenciais” é mais adequada que modelo assistencial por explicitar já no nome a dimensão tecnológica presente no projeto político (1992, p. 26).

Ainda segundo Merhy (2002), os saberes tecnológicos servem de base para a formulação de modelos tecnoassistenciais, que são antes de tudo projetos políticos formulados por atores sociais, que devem ser capazes de construir uma visão dos outros projetos, em disputa no jogo social. Para ele, todo modelo assistencial parte do encontro entre um conjunto de usuários com trabalhadores de saúde, encontro este mediado pelos gestores.

Esse encontro ocorre num cenário político em que os diferentes atores disputam seus projetos, portanto ora são encontros para estabelecimento de acordos ora de conflitos, num cenário em que todos têm projetos e governam.

Os usuários são portadores de necessidades; os trabalhadores de saúde dominam certos modos de saber fazer atos de saúde; e os gestores ocupam espaços institucionais de governo, com responsabilidade de gerir o espaço público estatal.

Os usuários são também portadores de conhecimentos sobre seu corpo e sobre seu processo de adoecimento, assim como mobilizam recursos para enfrentar seus problemas e, nesse sentido, governam seu projeto de vida. Os trabalhadores da saúde, além de portadores de saberes tecnológicos, têm governabilidade sobre o processo de trabalho de produção da saúde.

Mas são os gestores que têm legitimidade para governar e ocupam espaço no interior do Estado, com as limitações e possibilidades que esse lugar lhes confere, sendo sempre representantes de um certo bloco político.

A construção do modelo assistencial é simultaneamente um processo político e técnico. Político, na medida em que se constitui enquanto gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho, voltados para produção da saúde; técnico, na medida em que depende de certo modo técnico de produzir o cuidado.

O processo político é dado pela contratualização entre esses três atores, em situações de disputa, cada um com suas intenções, territórios e desejos.

A legitimidade desses atores para contratualizar é dada pelo que os caracteriza socialmente: os usuários entram com a representação do mundo das necessidades; os trabalhadores de saúde são portadores de um saber fazer que os legitima para produzir ações de saúde; os gestores são portadores de uma certa governabilidade e capacidade de governo para legitimar seu papel de portador de um projeto político de modelo assistencial.

O poder dos médicos é socialmente muito maior do que de outros profissionais de saúde. Poder enquanto capacidade de controlar recursos essenciais para a produção em saúde e também pela hegemonia que esse profissional adquiriu com o avanço do capitalismo no mundo ocidental. Isso gera disputas internas entre os trabalhadores de saúde e os diferentes núcleos de saber; em cada situação concreta de contratualização vão estar mais ou menos implicados com as necessidades dos usuários.

Segundo Merhy, a finalidade do trabalho em saúde é a produção do cuidado individual ou coletivo, na busca da cura e da saúde. Para produzir o cuidado, os trabalhadores da saúde operam com saberes tecnológicos, de expressão material e não material.

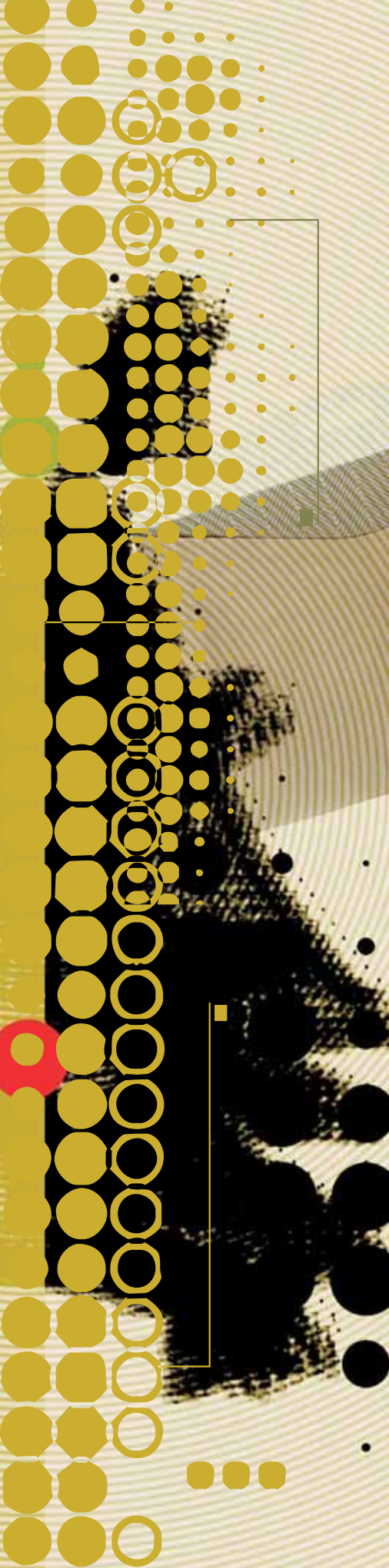
Merhy (2002) afirma que há modelos de atenção em que a dimensão cuidadora do trabalho em saúde pode estar praticamente anulada, com predomínio do saber tecnológico e do uso de equipamentos, em detrimento das tecnologias leves e relacionais, tais como o acolhimento e vínculo de profissionais e usuários.

Segundo relatório do Conselho Nacional de Saúde “a conformação de sistemas municipais, microrregionais e regionais de saúde que garantam a integralidade do cuidado ainda está por ser construída” (2002).

No entanto é inquestionável que a municipalização da saúde tem favorecido o processo de construção de modelos assistenciais mais próximos das realidades dos diversos municípios brasileiros, que apresentam diferenças econômicas, sociais, culturais, demográficas, epidemiológicas e na organização dos serviços de saúde.

Além disso, a municipalização favoreceu a transparência e a participação da população no processo de tomada de decisão. Mas esse processo não foi acompanhado de mudanças efetivas nas práticas de saúde, no sentido de organizar modelos assistenciais usuários centrados e modelos de gestão democráticos, com a participação efetiva dos trabalhadores da saúde e dos usuários.





O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS é a entidade que representa os municípios nas instâncias do SUS, e tem sido um ator político fundamental no processo de construção e pactuação das políticas de saúde em nosso país.

O CONASEMS realiza encontros anuais desde 1984 e, a partir de 1998, os encontros passaram a organizar-se na forma de congressos. Em 1987 foi realizado em Londrina, o 4º Encontro de Secretarias Municipais de Saúde, onde formou uma comissão provisória que seria o embrião do CONASEMS. Em 1988 ocorreu o quinto Encontro do CONASEMS, quando foi eleita sua primeira diretoria, em Olinda (PE). Em 2007, o CONASEMS completou 19 anos e realizou seu XXIII Congresso em Joinville-SC.

As Cartas dos Encontros e Congressos do CONASEMS refletem a posição política dos gestores municipais nos diferentes momentos do SUS, e recebem o nome do município onde estes eventos aconteceram.

As cartas do CONASEMS são de Olinda (1988), de Porto Alegre (1989), Fortaleza (1990), Brasília (1992), Curitiba (1993), Goiânia (1994), Maceió (1995), Rio de Janeiro (1996), Brasília (1997), Goiânia (1998), Rio de Janeiro (1999), Salvador (2000); Vitória (2001), Blumenau (2002), Belo Horizonte (2003), Natal (2004), Cuiabá (2005), Recife (2006) e Joinville (2007).

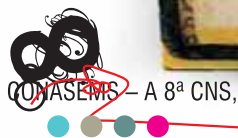
Em 2003 o CONASEMS completou 15 anos e editou a “Revista CONASEMS” não só com a publicação das Cartas do período de 1988 até 2003, mas também com um balanço detalhado da trajetória de 15 anos da entidade, escrita pelo então assessor Flávio A. de Andrade Goulart, ex secretário de saúde de Uberlândia – MG e militante da Reforma Sanitária e do CONASEMS. As Cartas de 2003 a 2007 foram divulgadas separadamente nas publicações da entidade.

2. Objetivos deste artigo

a) identificar e analisar as principais propostas dos gestores municipais, expressos pela entidade nacional que os representa – o CONASEMS, no período de 1988 a 2007, usando como referência as Cartas dos Congressos do CONASEMS, realizados neste período;

b) contextualizar a conjuntura política do SUS em que estas Cartas foram elaboradas;

c) analisar como o tema da mudança de modelo de atenção e de gestão é abordado nas Cartas do CONASEMS.



3. DÉCADA DE 80: ETAPA HERÓICA DO CONASEMS – A 8ª CNS, CONSTITUIÇÃO FEDERAL, LEIS DO SUS, E AS CARTAS DE OLINDA E PORTO ALEGRE.

Para analisar a conjuntura política da Saúde Pública Brasileira de 1988 é obrigatório considerar a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), um dos acontecimentos políticos mais importantes da década de 80, que representou um marco político ideológico do projeto da reforma sanitária brasileira e contou com uma expressiva participação de mais de mil delegados e quatro mil pessoas, representantes de praticamente todas as forças sociais interessadas em realizar mudanças no sistema de saúde brasileiro.

A 8ª CNS foi precedida de todo um processo de conferências municipais e estaduais preparatórias, que envolveram milhares de cidadãos em vários lugares do país, e inaugurou o início de um amplo movimento de participação popular na saúde.

O movimento da 8ª CNS fortaleceu o processo de descentralização iniciado com as Ações Integradas de Saúde (AIS) e transformado em Sistema Unificado e Descentralizado (SUDS), através de um decreto publicado em 1987. O SUDS não representou grandes mudanças para os municípios em relação às AIS, e muitos não chegaram a perceber diferenças significativas de um convênio para o outro.

Essas mudanças na Saúde, ocorridas na década de 80, tiveram impacto muito diversificado nos diferentes municípios brasileiros, que vivenciaram o processo de implantação das AIS e do SUDS muito em função das conjunturas políticas locais.

Para alguns gestores municipais, os convênios AIS e SUDS representaram a possibilidade de receber recursos financeiros para reformar unidades, adquirir material de consumo e equipamentos e melhorar a estrutura material das redes de serviços de saúde do município que, em geral, era bastante precária, sem implicar em mudanças nos processos de trabalho e de gestão nos serviços de saúde, que continuavam centrados em consultas médicas e em modelos de gestão com pouca participação dos trabalhadores na tomada de decisões.

Para outros gestores, comprometidos com as propostas de mudanças dos modelos de atenção e de gestão, os recursos financeiros desses convênios possibilitaram investir na estruturação da rede de serviços e liberar os recursos municipais para ampliar o quadro de pessoal, realizar concurso público, investir em processos de educação continuada, e experimentar novas formas de fazer a gestão e de organizar o processo de trabalho em saúde.

Neste período, alguns municípios investiram, com recursos próprios, na organização de seus sistemas de saúde, e sem apoio técnico ou financeiro do Ministério da Saúde e dos Estados, desenvolveram experiências que foram referência e ficaram conhecidas nacionalmente como foi o caso de Icapui (CE), Cambé (PR), Bauru (SP), entre outros.

Mas é importante registrar que, já na década de 70, algumas experiências municipais pioneiras marcaram o início de uma nova forma de organizar os serviços de saúde no país como foi o caso de Niterói, Londrina, Lages, Montes Claros, Piracicaba, Campinas, Terezina e São José dos Campos (2003).

O período de maior mobilização política ocorreu entre a segunda metade da década de 80 e os inícios dos anos 90: entre a 8ª CNS, em 1986, até a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde em 1990.

A 8ª CNS aprovou Relatório Final que serviu de instrumento para a Comissão Nacional da Reforma Sanitária desenvolver um importante papel no Congresso Nacional, no sentido de influir e definir as bases jurídicas para o Sistema de Saúde na nova Constituição Brasileira, que estava sendo elaborada pelos deputados constituintes. Esses deputados representavam as forças políticas presentes na sociedade brasileira, com diferentes projetos para a Saúde.

As forças de esquerda conseguiram colocar na nova Constituição um conjunto de propostas que representavam o ideário da 8ª CNS, tais como conceito ampliado de saúde, saúde como direito do cidadão e dever do Estado, acesso universal, atenção integral, igualdade de atendimento, comando único em cada esfera de governo, descentralização e participação da comunidade.

Segundo Gilson Carvalho (2002), foi a capacidade da esquerda progressista em fazer alianças com a direita conservadora para que a saúde ficasse como uma questão supra partidária que garantiu a aprovação dos artigos da Saúde na Carta Magna.

Porém, quando a Lei 8.080 foi para a sanção do então Presidente da República Fernando Collor de Melo, houve vetos em duas questões fundamentais: financiamento e controle social. De setembro de 1990 a dezembro de 1990, houve toda uma mobilização no sentido de garantir a regulamentação dessas questões, o que foi resolvido parcialmente com a aprovação da Lei 8.142 em dezembro de 1990.

Esse período de intenso debate sobre a saúde levou ao surgimento de novos atores políticos no cenário da saúde pública brasileira, entre eles o CONASEMS.

Os primeiros anos do CONASEMS – entre 1987-1988 foram extremamente difíceis, pois a entidade não contava com nenhuma estrutura para representar os milhares de municípios de todo país, particularmente no acompanhamento das discussões sobre a Seguridade Social na Assembléia Constituinte, e posteriormente explicitar e defender os interesses dos municípios na elaboração das Leis do SUS. Neste período a entidade existia graças à militância apaixonada de um pequeno grupo de secretários municipais de saúde que se entregaram de corpo e alma à tarefa política de garantir a consolidação legal e normativa do SUS.

Na Revista de 15 anos do CONASEMS (2003), Goulart chama esta fase de “etapa heróica” do CONASEMS, que conquistou espaço como ator político através de muita luta e esforço insano da sua jovem diretoria.

Simultaneamente à organização do CONASEMS, ocorria o processo de construção dos Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) nos estados. Essas entidades transformaram-se em importantes atores políticos de mobilização e organização dos secretários. A existência dos COSEMS dava sustentação política para o CONASEMS, e conferia legitimidade para a entidade nacional que também estava se formando.

Os COSEMS articulavam os secretários municipais de saúde nos Estados, realizavam seus encontros, elegiam suas primeiras diretorias, e buscavam levar a demanda dos municípios para os espaços de discussão e decisão em relação às AIS, SUDS e ao SUS.


Antes de existir os espaços institucionais de pactuação e deliberação do SUS, a conquista destes espaços exigia muita pressão e persistência das diretorias destes COSEMS, pois a maioria das Secretarias Estaduais resistia em considerar o novo papel assumido pelos municípios com o SUS, e ignoravam as entidades que os representavam.

Os COSEMS constituíram-se na base de sustentação política do CONASEMS, particularmente na segunda metade da década de 80 e primeira metade da década de 90, quando ocorre a criação da maioria dos Conselhos de Secretários Municipais nos Estados, alguns ainda com nome de Associações.

Treze COSEMS foram criados entre 1986 e 1990: Pernambuco, Mato Grosso e Rio Grande do Sul em 1986; Pará e Paraná em 1987; São Paulo e Paraíba em 1988; Ceará, Sergipe, Rio Grande do Norte, Alagoas e Goiás em 1989; e Espírito Santo em 1990.

Outros oito COSEMS foram criados no período de 1991 a 1995: Minas Gerais e Bahia em 1991; Amazonas, Amapá, Roraima, Piauí e Rio de Janeiro em 1993; e Santa Catarina em 1994.

Apenas o COSEMS de Tocantins foi criado entre 1996 e 2000; e três COSEMS foram criados a partir do ano 2000: Roraima em 2003; Acre e Mato Grosso do Sul em 2004.



Segundo este levantamento, realizado em agosto de 2007 pelos assessores do Escritório do CONASEMS, 50% dos 26 COSEMS foram criados na segunda metade da década de 80, e 80% dos COSEMS já estavam criados até 1994, o que evidencia a existência do movimento político dos gestores municipais, tendo em vista que a criação destas entidades constituía-se muito mais como militância em defesa da Saúde Pública e do SUS do que num movimento institucional, realizado dentro dos governos municipais.

Os Encontros do CONASEMS de Olinda e de Porto Alegre (RS) e suas respectivas cartas expressam as posições dos secretários municipais de saúde mais mobilizados em relação ao SUDS e ao início do SUS.

A grande preocupação dos secretários municipais naquele momento era com o risco de retrocesso e com a possibilidade das propostas do SUS não se consolidarem na Constituição Federal e nas leis orgânicas da Saúde.

Na Carta de Olinda, os secretários municipais manifestam preocupação com o risco de retrocesso no plano político global e com a condução, pelas forças conservadoras, da Assembléia Nacional Constituinte. Para evitar esse retrocesso da Reforma Sanitária, os secretários defendiam a necessidade de assegurar o apoio da sociedade civil organizada e o compromisso das instituições com a transparência e democratização em seu contato com a população.

A Carta expressa da seguinte maneira o entendimento da entidade em relação ao papel dos municípios: “os municípios, berço real da cidadania, reafirmam sua convicção de que o verdadeiro controle dos serviços de saúde pela sociedade só ocorrerá, efetivamente, na medida em que o poder local conquiste e tenha acesso a condições materiais, financeiras e políticas para gerir autonomamente o sistema local de saúde” (CONASEMS, 2003). Há ainda uma clara defesa das reformas da política tributária, urbana e agrária.

A Carta de Porto Alegre trata da questão do Financiamento, da Descentralização e Gestão Única, da proposta de poder deliberativo dos Conselhos de Saúde, e incluiu a discussão sobre recursos humanos e da necessidade de criação de um plano de carreira para o SUS. Defende que o município deve assumir a gestão de todos os serviços de saúde, conforme estabelece a Constituição Federal e não apenas ações de nível primário. Propõe que o modelo assistencial deve “brotar de uma análise epidemiológica de cada município”, porém não se manifesta sobre os desafios de mudar a forma de produzir saúde nos serviços.

As discussões dos dois primeiros Congressos do CONASEMS estão voltadas para o enorme desafio político de interferir e garantir as propostas do movimento sanitário na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas.



4. CONASEMS NA DÉCADA DE 90: O FORTALECIMENTO DE UM ATOR CHAVE PARA A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA.

A partir de 1990, as diferentes formas de gestão do SUS vêm sendo construídas em conjunturas econômicas e políticas extremamente adversas e, do ponto de vista formal, expressam-se através de Normas Operacionais, que definem em última instância o financiamento e o processo de descentralização da saúde.

No entanto os atores políticos da Reforma Sanitária não foram capazes de colocar propostas claras em relação às mudanças das práticas de saúde e de gestão, necessárias para mudar o modelo assistencial médico hegemônico.

O CONASEMS durante toda a década de 90 teve presença política crescente no movimento pela implantação do SUS, posicionando-se nas Conferências de Saúde, na luta pela descentralização e pelo financiamento. Com a criação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 1993 a voz dos municípios passou a ser ouvida de maneira mais contundente nas discussões sobre os rumos do SUS no país.

4.1. A luta do CONASEMS para que os secretários municipais fossem reconhecidos como Gestores dos Sistemas Municipais de Saúde - as cartas de Fortaleza (1990), Brasília (1992), Curitiba (1993), Goiânia (1994), Maceió (1995), e as NOB 01/91 e 01/93.

A Norma Operacional Básica do SUS de número 1, editada em 1991, a NOB 01/91, é a norma que expressa período de dificuldades extremas no processo de construção do SUS, durante o governo Collor de Melo.

A NOB 01/91 reforçou o modelo médico hegemônico centrado na produção de procedimentos, na medida em que remunerava os procedimentos curativos e individuais, prioritariamente executados pelo profissional médico, em detrimento de ações de caráter coletivo e de procedimentos executados por outros profissionais que não os médicos.

As ações remuneradas eram aquelas vinculadas exclusivamente com a assistência; as ações de vigilância epidemiológica e sanitária não eram previstas nos convênios, portanto não eram remuneradas.

Além disso, a NOB 01/91 tratava os gestores públicos da mesma maneira que tratava os prestadores privados contratados, fortalecendo a chamada política “inampiana”, o que se constituía numa flagrante ilegalidade, visto que a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde haviam estabelecido outras diretrizes, e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), anteriormente autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), não era mais o órgão nacional responsável pelo financiamento e gestão da assistência médica para os beneficiários da Previdência.

Mas o INAMPS, que deveria ser extinto conforme artigo vetado da lei 8.080, transferiu-se, como autarquia, para o Ministério da Saúde e assumiu a tarefa de implantação do SUS, permanecendo como órgão responsável pelo repasse de recursos financeiros para pagamento dos serviços públicos sob gestão estadual e municipal.

Como órgão responsável pelo controle do financiamento, o INAMPS trouxe para dentro do Ministério da Saúde a mesma lógica de funcionamento anterior ao SUS, com pagamento através de convênio e por produção. Além disso, editou grande quantidade de portarias e resoluções, que chegavam para os gestores municipais sem discussão e com regras, muitas vezes, incompatíveis com a realidade local.

Os gestores se deparavam com uma forma de encaminhar o processo de construção do SUS que não correspondia à expectativa criada através das resoluções da 8ª CNS e da Constituição Federal. Persistia a já conhecida forma burocrática e centralizada de fazer a gestão da assistência médica privada, contratada pelo Instituto e remunerada por produção.

A decisão de exigir a realização de convênio entre o INAMPS e os estados e municípios trouxe sérias distorções para a gestão do SUS, pois várias regras eram exigidas para o uso dos recursos financeiros, inclusive a proibição do uso dos recursos para remuneração de pessoal, que somente podia ser feita com recursos federais se fosse para contratações de forma terceirizada.

A expectativa de muitos gestores que estavam construindo seus sistemas de saúde era a de que, com a aprovação das leis do SUS, seria possível superar o mecanismo convencional das AIS e do SUDS e utilizar os recursos para toda e qualquer despesa comprovadamente destinada a ações e serviços de saúde, inclusive para contratação de pessoal, que era uma necessidade enorme dos municípios que estavam fazendo expansão de cobertura a partir da criação de novos serviços.

Por outro lado, ao proibir remuneração de pessoal contratado diretamente pelas prefeituras, mas aceitar o uso dos recursos para pagamento de pessoal terceirizado, esses convênios pressionavam os municípios a buscar formas de contratação de pessoal que não o contrato direto, formas estas que dispensavam o concurso público e a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, que não eram garantidos na maioria das contratações terceirizadas.

Em agosto de 1992, foi realizada a IX Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Municipalização é o caminho”, que apontou a necessidade de se avançar de fato no processo de municipalização e contribuiu para a elaboração de uma nova Norma Operacional, a NOB 01/93.

Nesse período, o CONASEMS defendia a necessidade de regulamentar o artigo 35 da Lei 8.080, que estabelecia os critérios para distribuição de recursos financeiros do governo federal para estados e municípios.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu durante o processo de impeachment do presidente Collor, que renunciou para evitar a cassação e a perda de seus direitos políticos.

A Carta de Fortaleza (1990) trata da defesa do SUS e do financiamento da Saúde com recursos da Seguridade Social, e defende o repasse automático de recursos e a autonomia dos municípios para decidirem sobre a alocação dos mesmos.

Em 1992 assumiu a presidência da República Itamar Franco, o vice-presidente de Collor, em meio a uma grave crise fiscal e política do Estado Brasileiro.

A diretoria do CONASEMS apresentou à nova equipe do Ministério da Saúde e ao Conselho Nacional de Saúde, um conjunto de propostas relacionadas com a descentralização e o financiamento para superar a crise do SUS, provocada pela inampização do Ministério da Saúde.

A nova equipe que assumiu o Ministério da Saúde desencadeou um amplo debate sobre os rumos do SUS, convidando vários atores políticos da reforma sanitária para debater as propostas, além de convidar gestores municipais, comprometidos com o movimento em defesa da municipalização da saúde, para ocupar cargos na estrutura do Ministério da Saúde.

Essas propostas foram discutidas no Ministério da Saúde e concretizadas no documento intitulado “Municipalização das Ações e Serviços de saúde: A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, uma declaração de princípios que vão embasar a NOB 01/93. Esse documento e as ações desencadeadas por esta nova equipe do Ministério da Saúde representaram um marco no processo de descentralização.

O documento colocava a necessidade de construir um novo modelo assistencial e enfatizava as propostas colocadas na Lei 8.080 e 8.142, principalmente a questão do comando único em cada esfera de governo.



O documento expôs uma concepção bastante abrangente do processo de descentralização: transformação que envolve redistribuição de poder e de recursos, redefinição de papéis da três esferas de governo, organização institucional, reformulação de práticas e controle social.

A conjuntura política e econômica do país desse período era extremamente adversa à implantação de uma política social com a abrangência do SUS. Com o governo de Collor de Melo, houve uma redução drástica dos recursos financeiros para a Saúde.

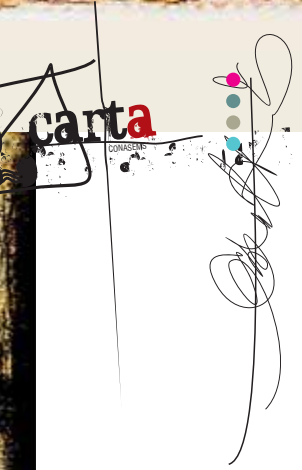
A NOB 01/93 representou um avanço importante em relação a NOB 91, ao propor uma nova forma de relação do governo federal com os governos estaduais e municipais, e também por iniciar uma nova sistemática de repasse de recursos, que começava a romper com o pagamento por produção. Pela primeira vez, em 1994, houve repasses diretos de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais dos municípios em gestão semiplena.

A NOB 01/93 apontava para a necessidade dos estados e municípios assumirem a gestão plena do sistema, com a implantação dos repasses de recursos conforme estabelecido pelo artigo 35 da lei 8.080.

A mudança da situação da gestão do SUS nos estados e municípios em 1993 para a situação ideal da gestão plena deveria ocorrer através de um processo de transição e, para essa transição, os estados e municípios eram habilitados em três formas de gestão: a incipiente, a parcial e a semi plena. Para habilitar-se nessas formas de gestão, os estados e municípios deveriam preencher certos requisitos e assumir determinadas responsabilidades.

Apesar desse avanço no processo de descentralização, a NOB 93 não conseguiu avançar em relação às diretrizes para induzir mudanças nas práticas sanitárias. Ao definir as propostas para mudança do modelo de atenção, a norma reafirma aquilo que estava colocado nas leis do SUS: acesso universal; hierarquização e regionalização; sistema de referência e contra referência; utilização da epidemiologia para definir prioridades; acesso a informações; realização de ações individuais e coletivas, de promoção, prevenção, cura e reabilitação; controle social, através dos conselhos de saúde; participação complementar dos serviços privados; vigilância em saúde e saúde do trabalhador; elaboração de planos de Carreira, Cargos e Salário. Como a proposta era cumprir e fazer cumprir a lei já existente, a NOB 93 vai justamente reafirmar as diretrizes já estabelecidas.

A única diretriz referente a modelo de atenção que não está nas leis do SUS é a proposta de ampliação das ações de caráter preventivo e melhoria qualitativa dos serviços ambulatoriais, com objetivo de reduzir as internações. Essa diretriz colocada logo depois da NOB 91, que reforçou o papel dos hospitais no sistema, representou um alento para os municípios que estavam, apesar das dificuldades, buscando organizar a atenção básica em seus territórios. Mas, de qualquer maneira, não se colocava o desafio de mudar o modelo de atenção centrado em procedimento.



A descentralização trazia uma série de possibilidades para resolver muitos problemas da atenção à saúde, mas a mudança essencial no processo de produção, esta não conseguia ocupar a agenda do movimento sanitário.

A NOB 93 define como os maiores desafios para a consolidação do SUS a questão do financiamento e necessidade de implantação de uma política de recursos humanos para o SUS. No entanto, nem o financiamento nem a política de recursos humanos foram efetivamente enfrentados e resolvidos, visto que passada mais de uma década, esses continuam colocados como os grandes desafios do SUS.

Com a institucionalização das Comissões Intergestores Bipartites e Tripartite, estabelecidas na NOB 93, tanto o papel do CONASEMS como dos COSEMS tiveram um salto de qualidade.

Nestes 14 anos a Tripartite tem se constituído num importante espaço de discussão e pactuação da gestão compartilhada.

De acordo com o relato de vários presidentes de COSEMS, referidos em reuniões promovidas pelo CONASEMS, as Bipartites são bastante diferentes entre si, e ainda apresentam fragilidades em muitos Estados, tanto pelas dificuldades de estruturação de alguns COSEMS como pela posição política de muitas Secretarias Estaduais, que não aceitam o novo papel dos municípios e o Comando Único.

Durante o governo do presidente Itamar Franco, o SUS viveu uma de suas maiores crises de financiamento, em função da decisão do então ministro da Previdência Social, Antônio Brito, de suspender os recursos da Previdência para a Saúde e descumprir as Disposições Transitórias da Constituição Federal de 1988.

Com essa decisão, o Ministério da Saúde ficou sem recursos financeiros para fazer as transferências para estados e municípios e também para pagamento dos serviços privados contratados, tanto os filantrópicos como os lucrativos.

Os municípios em gestão semiplena haviam acabado de assumir a responsabilidade pela contratação e controle do setor privado complementar e passaram a receber os recursos para custeio dos serviços ambulatoriais e hospitalares da produção do setor privado contratado, com repasse direto do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais.


Essa mudança que poderia aumentar, do ponto de vista concreto, o poder dos gestores municipais, pois possibilitava mudar as relações entre o setor público e o setor privado, acabou trazendo uma série de problemas para os municípios em gestão semiplena, que tinham acabado de assumir a gestão desses hospitais, e o atraso no pagamento da produção dificultava as relações entre gestores e prestadores.

Como a maior parte dos recursos financeiros do governo federal continuava vinculada a pagamento por produção dos prestadores privados, o fato de os municípios assumirem a gestão desses recursos permitiria que a gestão municipal tivesse um outro papel como ator político na disputa de projetos.

Pela primeira vez, desde a promulgação das leis do SUS em 1990, os prestadores privados contratados sentiram que alguma mudança estava acontecendo na Saúde, pois até então eles simplesmente ignoravam a existência desse outro ator no cenário político.

Essa mudança na relação com o setor privado poderia ter provocado de fato aumento da governabilidade dos gestores municipais, não fosse a crise financeira causada pela decisão do ministro Antônio Brito.

A crise de financiamento ocorrida durante o governo Itamar Franco assumiu contornos alarmantes, principalmente com a decisão de centenas de Santas Casas de suspender o atendimento aos usuários do SUS, pois ficaram quase quatro meses sem receber pelos serviços prestados ao SUS.



A falta de recursos para o Ministério da Saúde era justificada pela área econômica do Governo pela necessidade de fazer o ajuste fiscal. Além disso, com os atrasos nos repasses de recursos para os municípios, a inflação galopante que chegou a 80% ao mês corroía de maneira drástica a capacidade de pagamento e de compra dos municípios.

Apesar de todas essas dificuldades, a NOB 93 representou um momento importante no processo de municipalização da saúde.

A disputa entre os atores políticos que entendiam a saúde como uma questão a ser resolvida no mercado e os que a entendiam como direito de cidadania e dever de Estado vai estar presente no processo de construção do SUS durante os oito anos de governo de FHC.

A política de saúde em diferentes conjunturas é sempre resultado de um jogo de forças que permanentemente buscam hegemonizar o processo. A disputa entre atores políticos que entendem a Saúde como uma questão que deve ser tratada de acordo com as regras de mercado, como serviço privado, e atores que a compreendem como questão da esfera pública, que deve ser gratuita, de acesso universal, permanece como jogo político de forças que buscam conquistar hegemonia política e ideológica. Essa disputa ocorre mesmo com o direito à saúde já estabelecido na Constituição Federal.

A reversão das políticas de proteção social, com agravamento das desigualdades e da exclusão, a desregulamentação das atividades econômicas e sociais pelo Estado, a privatização de várias empresas públicas e a soberania das leis de mercado vão interferir diretamente no processo de construção do SUS, que sofre os impactos do ajuste fiscal e corte de receitas públicas para a saúde.

Com a implantação das políticas de ajuste fiscal, a saúde passou a ser alvo das propostas de contenção, visto que, na maioria dos países, era financiada pelo Estado. Os defensores do ajuste fiscal criticavam a universalização do acesso, como responsável pelos altos custos da assistência, quando na verdade este alto custo era consequência do modelo médico hegemônico.

O CONASEMS manifestou-se, em todos os encontros e congressos, realizados no período de 1991 a 1997, contrário à política neoliberal do Estado brasileiro (2003).

As Cartas do CONASEMS dos Congressos de Brasília (1992) e de Curitiba (1993) continuam centradas na defesa do SUS, ameaçado pela reforma fiscal do estado brasileiro, e na defesa da municipalização da saúde, com um financiamento compatível com a expansão e municipalização dos serviços e com controle social.

A Carta de Brasília propõe a implantação de uma política de Recursos Humanos e de uma política de medicamentos para o país. A Carta de Curitiba defende a necessidade do CONASEMS passar por um processo de reformulação, e apoiar o fortalecimento dos COSEMS.

A gravidade da crise do financiamento do SUS, ocorrida em 92 e 93, foi tão grande que se não fosse a decisão (consciente ou não) de milhares de secretários municipais de saúde e prefeitos de dar continuidade ao processo que estava iniciando de implantação do SUS, é provável que a construção do SUS se interrompesse.

Esta conjuntura determina a agenda dos Congressos do CONASEMS, e em nenhuma das Cartas há um posicionamento claro sobre a necessidade de enfrentar o desafio de reorganizar os modelos de atenção e de gestão nos municípios.



A agenda do CONASEMS, nos anos de 1993 e 1994, continuou voltada para denúncia da política neoliberal do governo federal e do impacto desastroso que essa política teve no processo de construção do SUS; na defesa da necessidade de continuar o processo de descentralização e garantia de financiamento do SUS.

Um marco nesse processo de descentralização ocorreu em 1994, quando um grupo de 19 municípios brasileiros em gestão semiplena passou a receber recursos diretamente do Ministério da Saúde, assumindo inclusive a gestão do setor privado conveniado e contratado pelo SUS. Do Ceará foram quatro municípios: Quixadá, Fortim, Itapiuna e Iracema; de Minas Gerais foram três: Sete Lagoas, Betim e Belo Horizonte (única capital a entrar na Semi Plena em 1994); em Santa Catarina foram dois: Joinville e Blumenau; no Rio Grande do SUL foram dois: Santa Rosa e Panambi, e em São Paulo foram sete municípios: Santos, São Vicente, Assis, Diadema, Mauá, Votorantin e Sertãozinho.

O documento com a autorização de repasse de recursos financeiros para os municípios, datado de 14-11-1994, está assinado por Gilson Calemann, então diretor do Departamento de Desenvolvimento, Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde do Ministério da Saúde e por Gilson Carvalho, então Secretário de Assistência a Saúde.

No entanto, as propostas de descentralização implementadas num quadro político e financeiro tão adverso e com o financiamento ainda centrado no pagamento por produção, tanto dos serviços públicos como dos privados, não conseguiram provocar mudanças importantes na organização dos serviços da maioria dos municípios. Além disso, a Tabela de Procedimentos do SUS, que define os valores a serem pagos para os serviços produzidos, reforçava o modelo médico privatista, na medida em que privilegiava a remuneração de procedimentos dependentes de tecnologia dura, de máquinas, medicamentos e insumos.

A dependência que os municípios tinham do setor privado contratado era enorme, tanto para internações hospitalares e para atendimento às urgências e emergências, como para serviços de apoio diagnóstico.


Durante toda a primeira metade da década de 90, os gestores municipais estiveram envolvidos na busca de soluções para problemas imediatos, de continuidade do atendimento e sobrevivência financeira do sistema recém-criado. Com isso, o debate das questões relacionadas com a reorganização dos processos de produção da saúde e mudança de modelos de atenção ficou num segundo plano.

O desrespeito do Ministério da Saúde aos preceitos constitucionais durante o governo Collor e a crise do financiamento no governo Itamar Franco consumiram toda a agenda política do movimento sanitário ligado à gestão municipal.

Segundo dados do Ministério da Saúde (citado por Carvalho, op.cit.), os 80 dólares por habitante ano gastos pelo governo federal em 1987 foram reduzidos para apenas 40 dólares em 1993, período que corresponde aos primeiros anos do processo de construção do SUS.

Em 1994, o país vivia a implantação do Plano Real ainda sob o governo Itamar, a crise financeira do SUS persistia e crescia o número de leitos hospitalares desativados por falta de financiamento, tanto em hospitais privados conveniados, como em hospitais públicos, que eram financiados da mesma forma.

O desfinanciamento do governo federal obrigou os municípios a investir cada vez mais em saúde. A partir desse período, gradativamente ocorre um incremento na participação dos municípios no financiamento da saúde. Os dados do Sistema de Informação do Orçamento Público da Saúde (SIOPS) mostram que nos últimos anos, o município foi a esfera de governo que, relativamente, mais aumentou seus gastos com saúde.



A posição do CONASEMS, que se expressa na Carta de Goiânia (1994), era de extrema preocupação frente às decisões do Ministério da Fazenda de redução dos recursos financeiros para a saúde e a decisão do setor privado contratado de suspender a assistência aos usuários do SUS. Esta Carta tinha o seguinte subtítulo: “Manifesto à População Brasileira”, e sua mensagem principal é no sentido de demonstrar a incompatibilidade das propostas de ajuste fiscal com as propostas de financiamento da Saúde para todos os cidadãos brasileiros.

Mais uma vez a sobrevivência financeira do SUS se sobrepôs à discussão sobre modelo de atenção e de gestão, pois o desfinanciamento colocava em risco a própria implantação do SUS nos municípios.

Em 1995, assumia a presidência da república Fernando Henrique Cardoso; e Adib Jatene, o Ministério da Saúde. O financiamento continuava sendo o maior problema da saúde; a situação nos estados e municípios era de dificuldades extremas, pois a maior parte do pagamento do SUS era menor do que o valor do seu custo. Os hospitais de pequeno e médio porte, principalmente as Santas Casas, não conseguiam se manter e muitas faliram.

A Carta de Maceió (1995) tem início com um alerta à nação: “Querem destruir o Sistema Único de Saúde”, seguido de uma listagem de seis itens que refletem as dificuldades do setor: estado deplorável dos hospitais próprios, contratados e conveniados; falta absoluta de leitos hospitalares; aparelhos médico-hospitalares quebrados; falta de médicos e outros profissionais, salários e condições de trabalho aviltantes; falta de remédios essenciais; e falta de dinheiro para compra de vacinas. As propostas para a crise apontam para a destinação de recursos financeiros suficientes, seguros e constantes para o SUS e para a necessidade de fazer cumprir a legislação do Sistema de Saúde.

O novo ministro da saúde entendia que os recursos federais eram insuficientes e, para aumentar os recursos para saúde, deveria se instituir uma nova fonte de recursos. Essa nova fonte seria a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

Nos anos de 1995 e 1996, ocorreu um grande debate político sobre a necessidade de fontes alternativas de recursos para a saúde, e o ator principal que era porta voz desse discurso era o ministro Adib Jatene.

Em agosto de 1996, o Congresso Nacional aprovou a Emenda Constitucional 12 e, em outubro de 1996, aprovou a lei de criação da CPMF, que teve o apoio da equipe do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS. Mas os delegados da 10ª Conferência Nacional de Saúde não apoiaram a CPMF, assim como vários militantes da Reforma Sanitária posicionaram-se contrários a ela, inclusive a ABRASCO.

A CPMF começou a ser cobrada em janeiro de 1997. Neste ano, foram arrecadados pela CPMF seis bilhões e 900 milhões de reais. O Orçamento do Ministério da Saúde em 1996 foi de 14 bilhões e 300 milhões de reais e o entendimento era que em 1997 o orçamento da Saúde seria de 21 bilhões e 200 milhões de reais (o orçamento de 97 acrescido dos recursos da CPMF).

Mas não foi isso que ocorreu! Os recursos da CPMF vieram integralmente para a Saúde, mas simultaneamente foram retirados três bilhões e 600 milhões de outras fontes. Essa manobra ocorreu novamente em 1998. Com isso, o SUS continuou convivendo com o problema do financiamento e a sonhada solução via CPMF não ocorreu.

4.2. O CONASEMS e a NOB 01/96: dez anos sem mudanças na forma de gestão do SUS - as cartas do Rio de Janeiro (1996), Brasília (1997), Goiânia (1998), Rio de Janeiro (1999).

Em 1996, aconteceu a 9ª Conferência Nacional de Saúde e foi publicada a Norma Operacional Básica 01/96, que estabelecia duas condições de gestão: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal de saúde.

As mudanças mais importantes no financiamento foram a criação do Piso de Atenção Básica (PAB) e o financiamento para os Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde.

A NOB 96 representou um passo importante no processo de municipalização, na medida em que definiu o repasse automático de um Piso de Atenção Básica, proporcional à população, para todos os municípios brasileiros, habilitados em alguma forma de gestão do SUS.

Por outro lado, é necessário considerar que o valor de dez reais por habitante por ano, definido como piso, era absolutamente insuficiente para reorganizar a Atenção Básica que, no discurso oficial, era colocada como prioridade, mas na prática recebia recursos financeiros proporcionalmente menores do que os recursos destinados para os serviços consumidores de alta tecnologia.

Mesmo com os acréscimos obtidos através dos componentes da parte variável do Piso de Atenção Básica, os valores ainda assim eram insuficientes para as ações de Atenção Básica.

Estes componentes do PAB eram incentivos financeiros para os municípios interessados na implantação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), de Saúde da Família (PSF), do Programa de Combate às Carências Nutricionais, e recursos para Assistência Farmacêutica Básica e Ações Básicas de Vigilância Sanitária. Os três primeiros componentes – PACS, PSF e para Carências Nutricionais – eram repassados para os municípios que se comprometiam a implantar esses programas e cumprir as exigências estabelecidas em portarias.

A NOB 96 representou mais um passo no sentido da municipalização, mas ainda assim os gestores da maioria dos municípios brasileiros não conseguiram fazer com que esse aumento relativo de poder do município revertesse em mudanças na produção de saúde.


Na Carta do Rio de Janeiro (1996), o CONASEMS continua centrando suas críticas na política econômica do governo federal e na necessidade de dar continuidade ao processo da Reforma Sanitária. Nessa Carta, a proposta sobre o financiamento do SUS aponta a necessidade de ampla mobilização para aprovação do Projeto de Emenda Constitucional 169/93, que iria garantir 30% do orçamento da Seguridade Social para a Saúde e no mínimo 10% do orçamento fiscal da União, estados e municípios.

Em 1994, o Ministério da Saúde havia lançado o documento oficial “Programa Saúde da Família: dentro de casa”, que criou o Programa e passou a incluir procedimentos vinculados ao PSF na Tabela do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

Em 1997, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.886 com as normas do PSF e do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Em 1998, com a NOB 96, teve início a transferência dos incentivos financeiros do PSF, com repasses do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais, vinculados ao número de equipes contratadas.

Em 1999, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.329, introduziu novo critério para o cálculo das transferências de recursos para o PSF, através da definição de faixas de incentivo por cobertura populacional.



Embora a NOB 96 tenha sido publicada no ano de 1996, apenas em fevereiro de 1998 os recursos do PAB passaram a chegar efetivamente nos municípios.

Merhy (1998) considera que a NOB 96, apesar de apresentar avanços significativos no financiamento com o PAB, não respeita as realidades locais, ao priorizar o pagamento de incentivos criados de maneira vertical, como é o repasse para o Programa de Saúde da Família.

Esse autor considera que, ao estabelecer as formas de gestão plena de atenção básica e plena do sistema, a NOB 96 atende à estratégia de reforma neoliberal do Estado, no que diz respeito às políticas sociais, proposta consubstanciada no Ministério de Administração e Reforma do Estado/ MARE. Para Merhy, há o risco da criação de dois subsistemas de saúde, e a Norma abriria a possibilidade de transferir para as Organizações Sociais a gestão da rede hospitalar.

Também o CONASEMS manifestou suas preocupações com as propostas do MARE na Carta de Brasília, de 1997: “Externamos nossa preocupação com o cerne das propostas do Ministério de Administração e Reforma do Estado, que implicam um processo objetivo de desmanche dos serviços públicos com criação e incentivo das organizações sociais, matrizes para as práticas que já estão em curso em alguns estados e municípios. Para o setor saúde a face mais visível dessa proposta é a tentativa de transformar hospitais públicos em pretensas organizações sociais que podem se transformar em excelente oportunidade para a articulação de interesses privados, promovendo na prática a privatização do Estado”.

O financiamento, as formas de descentralização/municipalização, a questão dos recursos humanos e o controle social continuaram ocupando a agenda do CONASEMS em 1997, 1998 e 1999.

O CONASEMS na Carta de Goiânia, de 1998, propôs a adoção da promoção da saúde como elemento chave para melhorar a saúde e a qualidade de vida do povo brasileiro.

Considerando que a Promoção da Saúde é uma das formas de organizar o modelo de atenção, podemos afirmar que está expresso na Carta de Goiânia um posicionamento sobre o tema, ainda que sem um aprofundamento do significado desta proposta, e sem uma discussão sobre a forma de produzir saúde nos serviços e sua relação com a proposta de promoção.

A Carta do Rio de Janeiro (1999) coloca as questões do Financiamento e da Descentralização; defende a institucionalização e valorização das instâncias de pactuação – CIB e CIT; propõe a modernização gerencial do CONASEMS e aponta necessidade de capacitação dos gestores municipais; e coloca como prioridade a articulação com entidades que possam contribuir para o fortalecimento do SUS e pela aprovação da PEC 169. Outro item explicitado na Carta é a necessidade de solucionar as questões relacionadas aos recursos humanos, que “hoje colocam em risco a própria viabilidade do sistema”.

É possível afirmar que, de uma maneira geral, os temas incluídos nas Cartas dos Congressos do CONASEMS nesse período não trataram da questão da mudança do modelo de atenção e das práticas de produção de saúde.

A discussão sobre a relação entre financiamento do Sistema de Saúde e mudança de modelo de atenção não aparece nas Cartas da entidade, que não consegue identificar, enquanto ator político, o significado do modo de produzir saúde e a crise financeira do sistema, revelando sua fragilidade na capacidade de portar um discurso de futuro, que poderia associar a necessidade de mais recursos financeiros para construir uma nova forma de organizar serviços e produzir saúde, e apontar a necessidade de superar a forma predominante de produção de procedimentos.

Este discurso de futuro e de mudança não diminuiria a ênfase na necessidade de mais recursos financeiros para o Sistema, mas teria que problematizar como estão sendo gastos os recursos no modelo atual.

5. ANOS 2000: O CONASEMS TEM DE ENFRENTAR SUAS FRAGILIDADES E POSICIONAR-SE SOBRE AS FORMAS DE PRODUZIR SAÚDE E MODELOS DE ATENÇÃO: AS TESES DO CONASEMS E AS CARTAS DE SALVADOR (2000), VITÓRIA (2001), BLUMENAU (2002), BELO HORIZONTE (2003), NATAL (2004), CUIABÁ (2005), RECIFE (2006) E JOENVILLE (2007).

Da NOB de 1996 até o PACTO PELA SAÚDE em 2006, com a NOAS/PPI abortada em 2003, foram dez anos de um emaranhado de normas, muitas delas desrespeitando as Leis do SUS; fragmentação nas formas de financiamento e sistemas de informação, e retrocessos no processo de descentralização.

Dois eventos importantes marcaram o ano 2000: a aprovação da Emenda Constitucional 29, em substituição à PEC 169 e a realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde.

Em 2001, foi editada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), mas as propostas da Norma não se efetivaram, ou aconteceram parcialmente em alguns estados. Os instrumentos normativos da NOAS: Programação Pactuada Integrada (PPI), Plano Diretor de Regionalização (PDR), e Plano Diretor de Investimento (PDI), na prática não se concretizaram.

Na verdade a PPI já estava prevista na NOB 96, como proposta de estabelecer a responsabilidade de cada município em relação às atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e epidemiológica, e a pactuação das referências para cada município, inclusive a alocação de recursos para viabilizar a programação pactuada. Mas a PPI não foi implantada nem com a NOB 96 nem com a NOAS e acabou, do ponto de vista concreto, não saindo do papel.

A Carta de Salvador (2000) também trata do Financiamento e faz referência à aprovação da EC 29, que “cria um novo cenário que supera alguns entraves financeiros históricos e possibilita a regularidade e estabilidade de fluxos financeiros capazes de financiar a equidade do acesso, a resolutividade e a qualidade das ações e serviços de saúde”. Coloca a questão dos Recursos Humanos, e afirma que a municipalização da saúde ampliou o acesso, “diferenciando o modelo de atenção e qualificando a gestão descentralizada”.

Embora a questão de modelo de atenção esteja colocada, não há um aprofundamento sobre o tema e nenhuma proposta em relação à necessidade de mudança na forma como se dá o atendimento da população nos serviços de saúde.

Na Carta de Vitória, de 2001, além do compromisso com mobilização dos setores sociais em defesa do SUS, foram colocadas outras questões: necessidade de mecanismos de regulação e pactuação, incluindo o Cartão SUS; da Programação Pactuada Integrada (PPI); do





Sistema Nacional de Informação em Saúde; e da capacitação permanente dos trabalhadores de saúde. Pela primeira vez em 12 anos, o financiamento não aparece como prioridade na agenda dos gestores.

Na Carta de Blumenau (2002), são retomadas as questões do financiamento, da autonomia municipal, e dos problemas decorrentes do aumento das contratações pelos municípios da força de trabalho na saúde e a necessidade de uma discussão tripartite a respeito dessa expansão. Pela primeira vez, aparece a discussão de recursos financeiros para as equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde, porém não há um posicionamento claro em relação a essa estratégia de organização da atenção básica. Outros temas tratados foram Cartão SUS, incentivo para Assistência Farmacêutica, legalização das CIBs e CIT, e a necessidade de uma política de saúde que contemple as especificidades da Região Norte.

Neste Congresso foi elaborada uma Carta aos candidatos a presidente da República e aos Governos de Estado, com propostas em relação ao Financiamento, através do cumprimento da EC 29; regionalização e comando único, e a questão dos Recursos Humanos no SUS.

Em 2003, depois de oito anos de governo FHC, Luís Inácio Lula da Silva assume a Presidência da República e uma nova equipe assume o Ministério da Saúde.

Do ponto de vista da organização interna do Ministério da Saúde houve, no governo Lula, uma mudança na estrutura organizacional, feita com objetivo de enfrentar o problema da fragmentação das áreas, e criação de secretarias para implementar políticas consideradas importantes para o SUS.

Além de unificar as secretarias de Assistência à Saúde e a de Políticas de Saúde numa única Secretaria de Atenção à Saúde, foram criadas as Secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente, da Ciência e Tecnologia e a da Gestão Participativa. Criou-se ainda o Departamento de Apoio à Descentralização (DAD), vinculado à Secretaria Executiva, com o objetivo de implementar linhas de apoio a uma gestão mais compartilhada do SUS.

Outro marco importante do Governo Lula foi a elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS) em 2003, colocado como instrumento básico do Pacto pela Saúde no Brasil. O PNS foi construído a partir das deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde; discutido na Comissão Intergestores Tripartite; e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde. Essa foi uma iniciativa inédita, pois desde o início da implantação do SUS os municípios foram os únicos entes da federação obrigados a fazer Planos de Saúde. Embora a exigência de elaborar Planos de Saúde e aprová-los nos Conselhos de Saúde seja uma obrigação legal para estados, municípios e governo federal, apenas os municípios são cobrados pela elaboração de seus Planos de Saúde (Ministério da Saúde, 2005).

Nesse período, houve incentivos financeiros para expansão de cobertura e implantação de novos serviços nas áreas de Saúde Bucal com o “Brasil Sorridente”; na área de Saúde do Trabalhador, com a criação da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST), que possibilitou a criação e implementação dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador em mais de 100 municípios; na área das urgências e emergências, com a criação dos SAMU nas grandes cidades e regiões metropolitanas; com ampliação do número de equipes de saúde da família, de agentes comunitários de saúde, de equipes de saúde bucal no PSF; a ampliação dos espaços de participação popular, com a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde e das Conferências Temáticas; o fortalecimento dos espaços tripartites de pactuação do SUS e do Conselho Nacional de Saúde, que passaram a contar com a presença do Ministro da Saúde e de dirigentes do Ministério da Saúde em suas reuniões ordinárias.

Em relação ao financiamento, o governo Lula também não cumpriu a Emenda Constitucional 29 nos Orçamentos de 2003, 2004 e 2005, pois colocou os gastos com o Programa Bolsa Família no Orçamento do Ministério da Saúde, que não se caracterizam como ações e serviços de saúde. Mais grave ainda do que a decisão de incluir os gastos com o Bolsa Família no orçamento da Saúde foi a decisão de não apoiar a aprovação da regulamentação da EC29.

No primeiro mandato do presidente Lula, a política econômica comandada pelo ministro Palocci e pelo presidente do Banco Central, com apoio do presidente, caracterizou-se pelo cumprimento de todos os compromissos com as dívidas internas e externas e manutenção de juros altos, o que dificultou o aumento de investimentos para as áreas sociais, incluindo a Saúde.

Desde 2001 e 2002, com as dificuldades para implantar a NOAS, os municípios vêm colocando a necessidade de rever a forma como o Ministério da Saúde e os estados fazem a gestão do SUS, com excesso de normatização, fragmentação nas formas de financiamento e dezenas de sistemas de informação.

A Carta de Belo Horizonte (2003) coloca a defesa da descentralização e do comando único, defende a necessidade de fazer “esforços que garantam a integralidade de atenção à saúde”; enfatiza várias questões sobre o financiamento do SUS e posiciona-se favorável a um “projeto de lei complementar à EC 29”; coloca a questão da gestão do trabalho e educação permanente; defende a institucionalização das CIB e CIT, e a implantação de uma política de saúde diferenciada para a região Norte.

A partir de 2003, o CONASEMS colocou uma série de questionamentos à nova equipe do Ministério da Saúde, que iniciou um movimento interno para rever vários aspectos da gestão do SUS (Silva e Dobashi, 2006).

A nova equipe do Ministério da Saúde colocou, desde o início do governo, a necessidade de buscar novas formas de gestão e pactuação do SUS, conforme está explícito no Plano Nacional de Saúde de 2003.

A Carta de Natal (2004) apontava para a construção de um novo pacto de gestão, capaz de substituir a normatização excessiva e superar a lógica da habilitação, buscando uma nova lógica de compromisso com a realização de um conjunto de ações e com seus resultados, conforme a realidade do município (2004).


Simultaneamente ao XX Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, realizado em Natal, foi realizado o I Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de Paz e Não Violência. E a partir daí, simultâneos aos Congressos do CONASEMS, ocorrem os Congressos pela Cultura de Paz e Não Violência.

Em 2004 e 2005, as discussões tripartites avançaram e foram definidos sete eixos de discussão do Pacto: Responsabilização Sanitária; Regionalização; Financiamento; Planejamento e Programação; Regulação e Normatização; Gestão Participativa; Gestão do Trabalho.

A diretoria do CONASEMS elaborou, em junho de 2005, um conjunto de teses, a fim de orientar a diretoria eleita para dirigir a entidade no período de 2005 a 2007. As teses tratam de cinco temas: 1) Financiamento; 2) Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; 3) Formas de Alocação de Recursos Disponíveis do SUS; 4) Descentralização e Municipalização; 5) Modelo



A MOP...
Este trabalho é uma produção da MOP...
do Ministério da Saúde



de Atenção à Saúde. Essas teses contribuíram de maneira decisiva para orientar a discussão da entidade nos espaços tripartite (Silva e Dobashi, 2006).

Em 2006, as Teses foram atualizadas e saiu uma nova publicação em novembro de 2006: “Teses e Plano de Ação – 2006-2007”, que acrescentou um novo tema: Gestão Participativa.

Além do mérito da entidade passar a contar com um documento político, produzido coletivamente, para orientar seus posicionamentos, as Teses foram amplamente divulgadas, através de uma publicação numerosa, com distribuição para todos os gestores municipais do país, o que possibilitou a discussão em muitos Congressos e reuniões de COSEMS.

O tema do modelo de atenção à saúde é colocado de maneira bastante clara nas Teses do CONASEMS, que aponta para a persistência do modelo biomédico e da organização da atenção à saúde dada pela oferta de serviços e não pelas necessidades da população. Levanta os principais problemas associados ao tema, indica oportunidades a explorar, e propõe operações e estratégias para qualificar o modelo de atenção no sentido da integralidade.

O tema da mudança de modelo de atenção aparece como prioridade do CONASEMS nas Teses em 2005, ou seja, somente depois de 17 anos de existência da entidade é que este ator político posiciona-se de maneira explícita em defesa da integralidade e das linhas do cuidado, posicionando sobre os problemas do modelo biomédico.

A Carta de Cuiabá (2005) posiciona-se contra a forma fragmentada de repasse dos recursos financeiros e pela regulamentação da EC29; pela responsabilidade solidária entre as três esferas de governo; e reitera a proposta da Carta de Natal referente à necessidade de um novo Pacto de Gestão.

Segundo Santos (2006), outro fato importante nesse processo foi a realização do 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, promovido pela Frente Parlamentar de Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde, realizado na Câmara dos Deputados em junho de 2005, que fortaleceu as proposta do Pacto pela Saúde.

A Carta do Recife (2006) é bem mais detalhada que todas as outras cartas da entidade, e trata de 12 temas: Agenda da Reforma Sanitária Brasileira; Governabilidade Local e Pacto Federativo; Pacto pela Saúde 2006; Financiamento; Cultura de Paz e Não Violência; Atenção Básica em Saúde; Gestão do Trabalho e Educação em Saúde; Globalização, a formação de blocos e a repercussão na saúde; Medicina Tradicional; Promoção da saúde urbana e o desafio das grandes cidades; Conselhos de Saúde; Rede Américas.

Embora a Carta do Recife seja extensa e trate de vários temas, não há um posicionamento claro sobre as insuficiências da forma como se produz saúde no país e a necessidade de enfrentar os desafios de mudar o modelo de atenção, ainda centrado em procedimentos, consultas médicas e medicamentos.

Após dois anos de discussão, foi aprovado na Comissão Intergestores Tripartite do dia 22/02/06, o Pacto pela Saúde, com três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Esse Pacto foi construído pelo Ministério da Saúde, pelo CONASS e pelo CONASEMS e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde.

A proposta do Pacto pela Saúde é extinguir as atuais formas de Gestão Plena do Sistema Municipal ou Estadual de Saúde e a Gestão Plena da Atenção Básica, possibilitando que cada estado ou município assine um Termo de Compromisso explicitando suas responsabilidades sanitárias, expressas em ações de saúde que irá desenvolver. As referências ambulatoriais e

hospitalares regionais serão estabelecidas através da Programação Pactuada e Integrada, que vem sendo proposta desde a NOB 96, que estava na NOAS, e agora está no Pacto pela Saúde, porém de uma forma menos normativa.

Em relação ao financiamento, o Pacto pela Saúde propõe a redução das cerca de 130 formas de transferência dos recursos federais para estados e municípios para cinco grandes blocos: Atenção Básica; Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão.

A participação dos Estados no financiamento dos sistemas loco regionais vai depender de muita mobilização e articulação dos gestores municipais, e de outras forças políticas comprometidas com o SUS.

Segundo Silva e Dobashi (2006), o Pacto pela Saúde é o início de uma nova era na Saúde Pública no Brasil, é a retomada dos caminhos da Reforma Sanitária e a efetivação do SUS Constitucional que todos sonhamos.

Segundo Santos (2006), as mudanças propostas no Pacto pela Saúde devem ser analisadas do ponto de vista de macro política e micro gestão. As mudanças de modelos estarão atreladas aos rumos da macro política e da macroeconomia dominantes no país. E a micro gestão estará atrelada aos micro processos de trabalho e da micro política, relacionados à dinâmica da subjetividade e da humanização da relação entre as pessoas envolvidas.

Nesse processo de construção do SUS houve avanços importantes em termos de ampliação do acesso, mas avançamos pouco em relação à integralidade e à equidade. E um dos objetivos do Pacto pela Saúde é avançar na construção das regiões de saúde, de forma mais solidária e menos normativa.

Um dos obstáculos para garantir atenção integral aos usuários do SUS de acordo com suas necessidades, no que diz respeito à necessidade de ter acesso a toda tecnologia para prolongar a vida, é a inexistência de redes de cuidado construídas a partir da atenção básica no território do município e integrada aos serviços de maior densidade tecnológica localizados, em geral, nos municípios de grande porte.

Importante registrar que mesmo nas grandes cidades, a população da periferia e dos bolsões de pobreza também não consegue, via de regra, ter acesso a toda tecnologia para recuperar sua saúde.

Como a maioria dos municípios brasileiros é de pequeno porte, o SUS precisa conseguir construir as Regiões de Saúde que garantam uma rede de cuidados aos usuários do Sistema, independente do fato dele residir num município de pequeno ou de médio porte, para avançarmos na efetivação do SUS constitucional.

O Brasil conta com 5.564 municípios (IBGE), sendo que 3.990 têm menos de 20.000 habitantes, o que representa 71% dos municípios brasileiros; e 1.317 municípios têm entre 20.000 e 100.000 habitantes. Ou seja, 95,4% dos municípios possuem menos de 100.000 habitantes e necessitam de retaguarda para os atendimentos de média e alta complexidade fora do seu território.

As políticas econômicas e sociais do Governo Federal, neste segundo mandato do Presidente Lula, serão decisivas para a implantação do Pacto pela Saúde. Se o governo federal não investir recursos financeiros novos e não participar da busca de soluções para os atuais estrangulamentos da gestão loco regional do SUS, o Pacto pela Saúde dificilmente será implementado completamente.

Para os municípios, se as questões de financiamento, da gestão do trabalho e da regionalização propostas no Pacto pela Saúde forem assumidas solidariamente pelos governos estaduais e pelo governo federal, haverá grande possibilidade de superar as atuais dificuldades para a gestão da saúde nos municípios e estaremos, como prevê o CONASEMS, retomando os caminhos da Reforma Sanitária e a efetivação do SUS constitucional.



Há algumas mudanças importantes nas Cartas do CONASEMS a partir de 2002, com a introdução do tema da Gestão do Trabalho e do Pacto pela Saúde. O tema do Financiamento persiste, e além da proposta de Regulamentação da EC29, aparece com destaque a proposta de revisão na forma de alocação de recursos, o que de certa maneira está contemplado no Pacto pela Saúde.

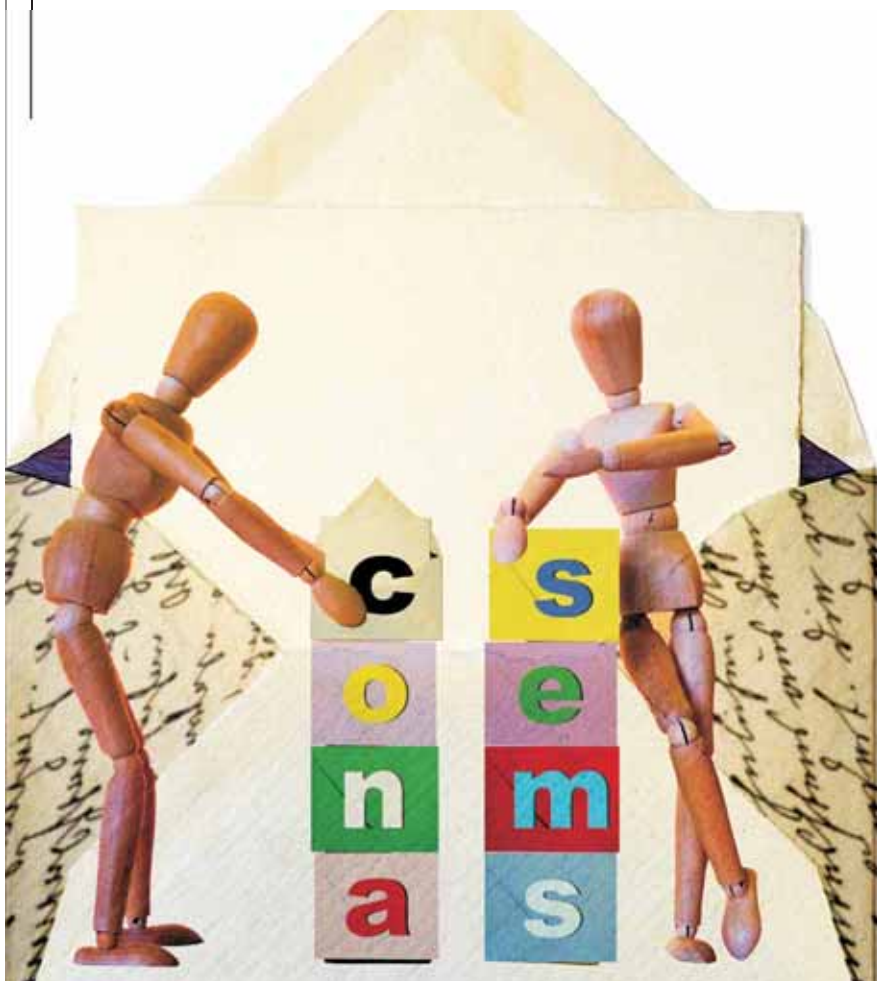
A Carta de Joinville (2007) trata de seis temas: Financiamento, Gestão do SUS, Gestão do Trabalho e a Educação na Saúde, Participação e Controle Social, Assistência Farmacêutica, Cultura de Paz e Não-violência.

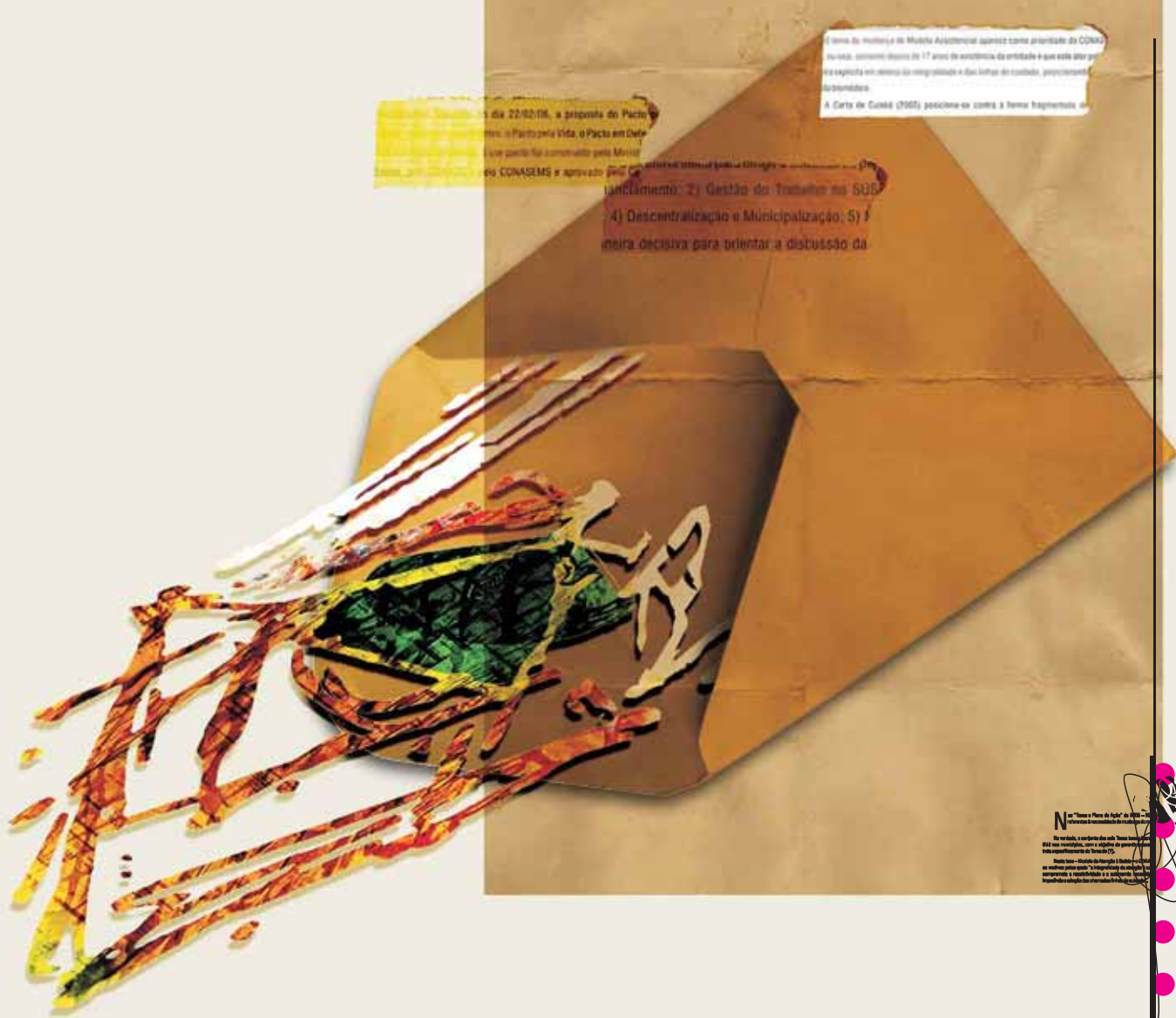
Em relação ao Financiamento, a Carta defende a regulamentação da EC 29; o repasse fundo a fundo; o repasse de recursos na lógica dos blocos de financiamento do Pacto de Gestão, entre outras.

As propostas do Pacto pela Saúde são referendadas na Carta de Joinville, com ênfase na regionalização e implementação das referências especializadas e implementação das redes de alta complexidade; na promoção da saúde; na necessidade de adequar os instrumentos de planejamento e programação da assistência à saúde, e no Comando Único, entre outras propostas.

Em relação à mudança do modelo de atenção, a Carta de Joinville propõe a construção de redes de atenção orientadas por processos de produção do cuidado, e “investir na mudança do modelo, tendo a atenção básica como eixo estruturante dos sistemas municipais de saúde e a garantia do cuidado integral aos cidadãos e cidadãs”.

Mas o documento em que a entidade posiciona-se de forma mais clara sobre a necessidade de mudança do modelo de atenção é o das “Teses 2005-2007”, onde inclusive reconhece a predominância do modelo biomédico e da medicalização.





Nas "Teses e Plano de Ação" de 2005 – 2007 e de 2006 – 2007, o CONASEMS explicita propostas referentes à necessidade de mudança do modelo de atenção e de gestão.

CONCLUSÕES

Nas “Teses e Plano de Ação” de 2005 – 2007 e de 2006 – 2007, o CONASEMS explicita propostas referentes à necessidade de mudança do modelo de atenção e de gestão.

Na verdade, o conjunto das seis Teses busca identificar as estratégias e operações que possam qualificar o SUS nos municípios, com o objetivo de garantir acesso universal e atenção integral, porém a tese de número 5 trata especificamente do tema Modelo de Atenção à Saúde.

Nesta tese – Modelo de Atenção à Saúde – o CONASEMS levanta um conjunto de 14 problemas para explicar os motivos pelos quais “a integralidade da atenção à saúde ainda não foi alcançada e a assistência fragmentada compromete a resolutividade e a autonomia necessária para mudanças nos modelos de atenção existentes, impedindo a adoção das chamadas linhas do cuidado”.

Para enfrentar estes problemas, a diretoria do CONASEMS propõe:

1. Assegurar a agenda do Pacto pela Saúde, a fim de qualificar a discussão sobre os determinantes do processo saúde - doença e disseminar a adoção de modelos de atenção integral à saúde nos diversos fóruns de gestores municipais;
2. Priorizar políticas ligadas à promoção da saúde, sob as diretrizes do Pacto pela Saúde, envolvendo gestores e trabalhadores do SUS, conselhos de saúde, bem como organismos do complexo formador de profissionais de saúde;
3. Promover estudos para ampliação e otimização dos protocolos de gestão, assistenciais e clínicos articulados à construção de redes de atenção, ativação de linhas de cuidado e integrados às ações de promoção e prevenção, a fim de garantir o acesso e contemplar a integralidade da atenção;
4. Incrementar a atuação municipal na discussão e revisão das diversas e fragmentadas políticas de atenção à saúde, a fim de contribuir para a formulação de uma política de atenção verdadeiramente integral, enfrentando a diversidade das realidades locais;
5. Consolidar a atuação municipal enquanto gestor das redes de atenção, fortalecendo seu papel regulador;
6. Promover a inserção na agenda dos gestores municipais da gestão da tecnologia (avaliação e incorporação), a fim de racionalizar, qualificar e respaldar a capacidade de resposta tecnológica do SUS local e sua rede de atenção com vistas à integralidade.

Quais as condições necessárias e suficientes para a construção de modelos de atenção que garantam cuidado integral aos usuários/ cidadãos?

Evidentemente que, com financiamento adequado, com as questões da gestão do trabalho assumidas pelas três esferas de governo e com as regiões de saúde definidas para garantir as referências de média e alta complexidade, os municípios terão condições qualitativamente superiores para criar as redes de cuidado nos seus territórios, articuladas com as regiões.

Ou seja, com uma Programação Pactuada e Integrada, voltada para as realidades locais regionais, e com os estados cumprindo suas atribuições previstas no Pacto pela Saúde, os municípios terão muito mais possibilidades de avançar na construção de modelos de atenção centrados na produção do cuidado integral e no atendimento das necessidades de saúde dos usuários.

Mas é importante que os gestores compreendam a complexidade implícita no desafio de construir modelos de atenção e gestão voltados para a produção do cuidado e percebam que, se não investirem em mudanças efetivas no processo de trabalho que ocorre no cotidiano dos serviços, corremos o sério risco de continuar oferecendo procedimentos e medicalizando a vida das pessoas.

Para que isto ocorra é fundamental democratizar a gestão e criar espaços coletivos para reflexão e construção de compromissos dos profissionais de saúde com a produção do cuidado integral.

A implementação dos projetos dos governos municipais ocorre numa arena política, permeada por distintos interesses e sofre interferência significativa não somente da disponibilidade financeira do município, mas também dos mecanismos legais e organizacionais da máquina estatal local (Silva, 2001).

Os gestores de um determinado município representam blocos políticos que disputam um determinado projeto de organização social e técnica das práticas produtoras do cuidado.

As disputas para garantir a construção de um projeto de organização dessas práticas produtoras do cuidado ocorrem internamente aos governos municipais, dentro da máquina estatal municipal; e também na arena política dos municípios, quando outros atores lutam para garantir espaço para seus projetos.

Os gestores municipais podem ser portadores de projetos de modelo de atenção produtores de procedimentos e não de cuidados; podem desenvolver práticas políticas clientelistas e populistas e, com isso, fortalecer o modelo médico hospitalar, medicalizante e privatista.

Os gestores municipais, comprometidos com a construção de modelos assistenciais usuários centrados, muitas vezes enfrentam resistências políticas nos próprios governos municipais, habituados a práticas políticas clientelistas e que não se dispõem a enfrentar os interesses privados da Saúde, muitas vezes enraizados dentro da própria máquina estatal. Há ainda disputas internas aos governos municipais por recursos financeiros para viabilizar os projetos.

As áreas da Saúde e Educação são consumidoras de recursos, particularmente para despesas com pagamento da força de trabalho. Como o financiamento é escasso, há uma disputa permanente entre as várias secretarias em relação ao percentual de recursos do orçamento municipal.

O prefeito, como ator político com maior legitimidade, joga um papel decisivo na definição das áreas prioritárias do Governo, na medida em que a destinação de recursos para cada área depende muito da vontade política do mesmo. Além dos recursos financeiros, são fundamentais os recursos políticos. O compromisso de um prefeito é decisivo para viabilizar a mudança das práticas produtoras do cuidado.

Saber fazer o jogo político na arena dos governos locais é essencial para que o gestor municipal consiga viabilizar seu projeto de modelo de atenção. Para isso é fundamental considerar a complexidade das relações de poder presentes nos municípios, que são espaços em que múltiplos e distintos atores organizam-se para defender seus interesses.

Fundamental ainda para entender a complexidade do poder local é compreender as relações entre sociedade e Estado, e o papel das políticas públicas como estratégias de construção de consensos com vistas a dar legitimidade para o Estado e garantir direitos de cidadania para a população organizada.


Mas há que se considerar os limites de várias ordens que definem o alcance das intervenções do nível local; não somente limites sociais e econômicos, mas limites legais e políticos estabelecidos pelo pacto federativo e pela história política de construção do Estado brasileiro (Silva, 2001).

Tanto os usuários com os profissionais de saúde são atores fundamentais no processo de construção de projetos políticos de saúde, e há que se investir na construção de serviços e sistemas centrados na defesa da vida e na construção da autonomia dos sujeitos.

Para organizar processos de trabalho em que os trabalhadores sejam efetivamente sujeitos desses processos, os gestores dos serviços e do cuidado podem jogar papel decisivo, através da utilização de dispositivos que valorizem o acolhimento, o vínculo e a responsabilização.

Quando o gestor assume a responsabilidade de governar a saúde num município concreto, ele vai encontrar um conjunto de trabalhadores atuando em diferentes serviços de saúde e utilizando não somente suas tecnologias para atender os usuários, mas também sua subjetividade, seus desejos.

Esses trabalhadores, no mundo real, não atuam como um ator político único. As diversas profissões de saúde ocupam diferentes espaços na arena política do jogo social, pois algumas são mais valorizadas que outras, o que determina inclusive a valorização no mercado de trabalho, com implicações diretas na determinação do valor da remuneração também no serviço público.



São muitos os determinantes das diferentes posições ocupadas pelas profissões de saúde, e essa diversidade tem que ser considerada pelos gestores na busca de dispositivos para construir modelos de atenção em que o coletivo de trabalhadores seja sujeito de projetos solidários, baseados em processos de trabalho interdisciplinares e usuário centrado.

Há que considerar que o próprio domínio das tecnologias é distinto de um trabalhador para outro, ainda que de um mesmo núcleo de saber, pois há os com melhor formação técnica, os que escolheram a profissão por razões humanitárias, outros por desejo de ascensão social. A própria visão que o trabalhador tem da coisa pública interfere na forma como ele vai se inserir no processo de trabalho no SUS. A subjetividade do trabalhador e seu vínculo com o usuário são determinantes no processo de cuidar e de produzir saúde.

O gestor tem que ser capaz de fazer essa leitura dos recursos que possui para interferir na contratualização entre usuários e profissionais de saúde, buscando estratégias técnicas e políticas capazes de criar condições para que, aqueles trabalhadores com potencial para abraçar as propostas de mudanças nas práticas sanitárias tenham espaço para criar processos de trabalho mais solidários e novas práticas produtoras do cuidado.

Há ainda que se considerar que a ação racional é inseparável dos momentos singulares e subjetivos dos sujeitos e grupos (Onocko, 2003).

A produção da Saúde, como valor de uso, é uma atividade que depende mais de relações interpessoais do que de máquinas.

Segundo Motta (1975), dirigentes e líderes não devem limitar-se a dominar certas técnicas administrativas voltadas para melhorar as estruturas e procedimentos organizacionais. Para esse autor, capacidade gerencial exige habilidades complexas, tais como capacidade analítica, capacidade de decidir e de enfrentar riscos e incertezas. Para conseguir essa capacidade gerencial, o dirigente deve buscar o aprendizado gerencial sistematizado que envolve habilidades cognitiva, analítica, comportamental e habilidade de ação. Para Motta, a experiência adquirida em serviço é importante para o dirigente, pois ajuda a formar atitudes e valores sobre o trabalho gerencial.

O gestor de saúde vai gerir, em última instância, processos de trabalho para produção de um valor de uso que é a saúde; mas esse é também um processo de construção de sujeitos (Campos, 2000). Por isso é fundamental que o gestor e os próprios trabalhadores tenham clareza da finalidade do trabalho em saúde. A gestão do SUS nos municípios é a gestão dos processos de trabalho nos distintos tipos de serviços de saúde.

Para Campos (1994), a racionalidade gerencial hegemônica trabalha com o aprisionamento da vontade, do desejo e dos interesses dos trabalhadores, sendo que, para organizar processos de trabalho comprometidos com a defesa da vida dos usuários, é imprescindível experimentar novos modelos de gestão em que os trabalhadores se reconheçam na sua obra; a gestão deve privilegiar as pessoas e não as estruturas.

Campos(2000) propôs a criação de Coletivos Organizados para a Produção com capacidade de análise e de co-gestão para lidarem com a produção de bens e serviços e com sua própria constituição enquanto grupo. Nosso grande desafio enquanto gestores é buscarmos dispositivos que contribuam para que as equipes de saúde constituam-se como Coletivos Organizados para a Produção, no processo cotidiano de atendimento da população.

Para Campos, tão importante quanto produzir saúde seria produzir instituições mais democráticas e sujeitos mais comprometidos com o interesse público. Democracia como produto de grupo Sujeito e produtora de sujeitos, que depende da correlação de forças e do confronto entre movimentos sociais e poderes instituídos. Portanto, para construir a democracia institucional, haveria que se constituir espaços de poder compartilhado para tomada de decisões. A co-gestão depende da construção ampliada de capacidade de direção entre o conjunto das pessoas de uma instituição e não somente entre sua cúpula.

Para mudar o método gerencial hegemônico - presente em boa parte das secretarias municipais e nos serviços de saúde, e construir a co-gestão, é necessário ter vontade política e condições objetivas para operar mudanças nas instituições.

Para Campos, é necessária a construção de um novo conceito de trabalho, considerado como um dos planos essenciais para a constituição de sujeitos, de coletivos e da sociedade como um todo. Não existe sociedade democrática sem trabalho, trabalho criativo de valores de uso. A constituição do Sujeito depende da possibilidade de o trabalhador assumir a autoria de sua obra e do seu empenho com a produção dessa obra.

Os gestores municipais de saúde precisam enfrentar o desafio cotidiano de criar dispositivos de gestão que contribuam para a implantação de serviços voltados para as necessidades dos usuários e onde os trabalhadores de saúde sejam sujeitos dessa construção e deles mesmos.

Isto significa investir na construção do trabalho interdisciplinar das equipes; capacitar os coordenadores de unidades para lidarem com conflitos, ampliar a capacidade de governo e autonomia das equipes; estimular as equipes a experimentarem mudanças no processo de trabalho, voltadas para práticas mais relacionais e menos medicamentosas. Ou seja, os gestores devem definir as prioridades e apostar na co-gestão e criatividade dos trabalhadores.

Neste sentido é fundamental que o CONASEMS e os COSEMS assumam o protagonismo de aprofundar, com o conjunto dos gestores municipais, as discussões sobre a mudança no modelo de atenção e de gestão, voltados para a Atenção Integral e a Gestão Democrática.

O CONASEMS e os COSEMS tornaram-se, ao longo do processo de construção do SUS, atores políticos com papel cada vez mais decisivo na definição dos rumos da política de saúde, e o compromisso destas entidades com a diretriz de investir de fato na construção de modelos assistenciais usuário - centrado pode representar um passo fundamental na superação do modelo biomédico e medicalizante.

O Pacto pela Saúde busca superar o excesso de normatização que caracterizou estes 17 anos de implantação do SUS, inclusive propondo formas mais solidárias de relação entre os entes federados, e uma participação mais compromissada dos Estados com a implantação dos Sistemas Municipais de Saúde.

Para que o Pacto pela Saúde seja implantado é necessário que haja profundas mudanças nas relações de poder entre as três esferas de governo, e que haja de fato vontade política da equipe que dirige o Ministério da Saúde, das equipes das Secretarias Estaduais de construir relações mais democráticas com os gestores municipais.

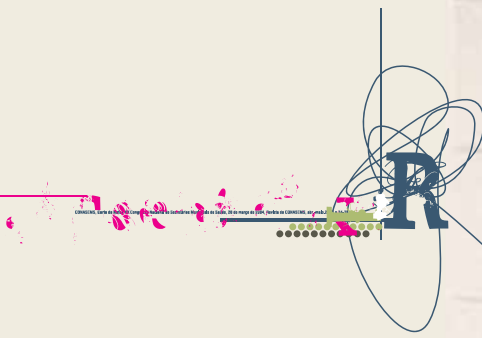
Por outro lado, os gestores municipais devem ampliar a capacidade de governo e a governabilidade das secretarias municipais de saúde, para que possam assumir de fato a responsabilidade pela saúde da população de seu território.

Mas, ainda que o Pacto pela Saúde seja implementado na sua totalidade, ele não garante as mudanças na maneira de produzir saúde no cotidiano dos serviços de saúde, e daí a necessidade de insistir em colocar na agenda política da entidade o desafio de mobilizar os gestores municipais para construírem, com os trabalhadores da saúde e usuários, sistemas de saúde com predominância de tecnologias relacionais e comunicativas, orientadas pelo trabalho interdisciplinar, pela responsabilização das equipes pela saúde dos usuários, com a criação de vínculos, e a busca da autonomia dos trabalhadores e usuários.

Talvez o desafio atual dos gestores municipais e suas entidades seja tão heróico quanto foi os primeiros anos de existência do CONASEMS e dos COSEMS.

Termino este artigo expressando meu desejo que estejamos todos à altura do desafio que o processo de implantação do SUS nos coloca neste momento, e que possamos avançar na construção de novas formas de produzir saúde em nossos municípios.





REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L.O.M. **Sistema de salud de Brasil, Normas, Gestion y Financiamiento**. São Paulo, CONASEMS, OPAS-Hucitec, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**. D.O.U. de 6/11/96. Brasília, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. ***Sistema Único de Saúde: descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei***. Brasília: Ministério de Saúde, 1993.

BRASIL Ministério da Saúde. ***Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa***. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. ***Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial***. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 399/GM**, de 22/02/2006, Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Publicada no DOU de 23/02/2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 699/GM**, de 30/03/2006, Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, 2006. Publicada no DOU de 03/04/2006

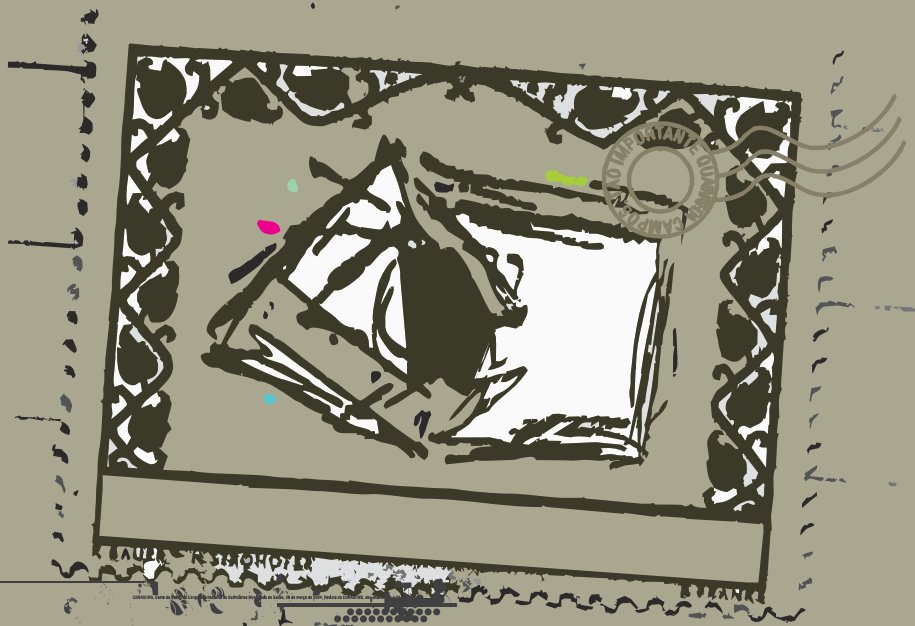
CAMPOS, G. W de S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. de O. (Org.) **Inventando a mudança na Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G. W de S. Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E. E ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997

CAMPOS, G. W de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000

Carvalho, G. **Financiamento Federal para a Saúde, 1988-2001**. São Paulo: Papercrom, 2002.

- CONASEMS, Revista: **15 anos de lutas pela saúde dos brasileiros**, Brasília, 2003.
- CONASEMS, **Carta de Natal**, XX Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, 20 de março de 2004, Revista do CONASEMS, abr.-maio.2004.p.34-35
- CONASEMS, **Carta de Cuiabá**, XXI Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, 2005, Revista do CONASEMS, jun. - julho. - 2005.p.51
- CONASEMS, **Carta de Recife**, XXII Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, 2006, Revista do CONASEMS, jul. - agosto. - 2006.p.36
- CONASEMS, **Carta de Joinville** , XXIII Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, site: www.conasems.org.br
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª CNS**, 1986, Brasília, Anais do Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C. de O. (Org.) **Inventando a mudança na Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERHY, E. E **Organizações Sociais: autonomia de que e para que?** Campinas, 1998, mimeo.
- MERHY, E.E; MAGALHÃES JUNIOR, H.M; RIMOLI, J; FRANCO; BUENO, W, S. (Org) **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo, Hucitec, 2003.
- MERHY, E.E. Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo, SP, Ed. Hucitec, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Plano Nacional de Saúde - Um Pacto pela Saúde no Brasil, 2005.
- MOTTA, F.C.P. **Teoria Geral da Administração**. São Paulo: Pioneira de Administração e Negócios, 1975.
- ONOCKO, R. **O Planejamento no Labirinto – uma viagem hermenêutica**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- PIMENTA, A. L. **A Saúde de Amparo: a construção de espaços coletivos de gestão**. Campinas- SP. Tese de doutorado defendida no Departamento de Saúde Coletiva na FCM-UNICAMP. 2006. Mimeo.
- SANTOS, N.R. **O desenvolvimento do SUS sob o ângulo dos rumos estratégicos e das estratégias para visualização dos rumos: a necessidade de acompanhamento**. Brasília, 2006, Mimeo.
- SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**. O debate no campo da saúde coletiva, São Paulo: Hucitec, 1998.
- SILVA, S.F. **Municipalização da Saúde e Poder Local, sujeitos, atores e políticas**. São Paulo: Hucitec, 2001.
- SILVA, S.F. DOBASHI, B.F, **Um novo Pacto no SUS**, in Revista Divulgação em Saúde para Debate, Série CONASEMS/CEBES. Rio de Janeiro. 2006.



fim
fim
fim

Carryes (2000) propõe a capacidade e análise de seu perfil conceitual, o uso de dispositivos que com o Caderno 01



