

**CONVERGÊNCIAS
E DIVERGÊNCIAS
SOBRE GESTÃO
E REGIONALIZAÇÃO
DO SUS**

Equipe de elaboração

Coordenação do Progestores

Secretaria Executiva do Conass

Coordenação do projeto

Márcia Cecília Huçulak

René José Moreira dos Santos

Colaboradores

Eugênio Vilaça Mendes

Fernando Martins Junior

Luiz Roberto Barradas Barata

Oswaldo Yoshimi Tanaka

José Dinio Vaz Mendes

Revisão

Suzana Silveira Pereira

Projeto Gráfico

Fernanda Goulart

Arte final

Fernanda Goulart

Fernanda Rubinger

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS/ Conselho
Nacional de Secretários de Saúde.
– Brasília : CONASS, 2004.
124 p. (CONASS Documenta ; 6)

ISBN 85-89545-04-0

1. SUS (BR). 2. Gestão e Administração. I. Título. II. Série.

NLM WA 525



CONASS

Presidente

Gilson Cantarino O'Dwyer - RJ

Vice-Presidentes

Álvaro Antônio Melo Machado - AL

Fernando Agostinho Cruz Dourado - PA

João Paulo Barcellos Esteves - MS

Osmar Terra - RS

Secretário Executivo

Ricardo F. Scotti

Assessoria Técnica

Ana Luiza Wenke Motta de Castilho

Déa Mara Carvalho

Gisele Onete Marani Bahia

Júlio Strubing Müller Neto

Luis Fernando Rolim Sampaio

Márcia Cecília Huçulak

Regina Helena Arroio Nicoletti

René José Moreira dos Santos

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Viviane Rocha de Luiz

Apoio Administrativo

Adriano Salgado de Farias

Carolina Abad Cunha

Júlio Barbosa de Carvalho Filho

Luciana Toledo Lopes

Lucileia de Souza Santos

Paulo Arbués Carneiro

Sheyla Cristina Ayala Macedo

Secretários Estaduais de Saúde

AC – Cassiano Figueira Marques de Oliveira

AL – Álvaro Antônio Melo Machado

AP – Cláudio Antônio Leão Costa

AM – Wilson Alecrim

BA – José Antônio Rodrigues Alves

CE – Jurandi Frutuoso Silva

DF – Arnaldo Bernardino Alves

ES – João Felício Scárdua

GO – Fernando Passos Cupertino de Barros

MA – Helena Maria Dualibe Ferreira

MG – Marcus Vinícius Pestana da Silva

MT – Marcos Henrique Machado

MS – João Paulo Barcellos Esteves

PA – Fernando Agostinho Cruz Dourado

PB – José Joácio de Araújo Moraes

PE – Guilherme José Robalinho

PI – Bruno Cristiano de Souza Figueiredo

PR – Cláudio Murilo Xavier

RJ – Gilson Cantarino O'Dwyer

RN – Ivis Alberto Lourenço Bezerra

RO – Milton Luiz Moreira

RR – Lúcio Elber Licarião Pávora

RS – Osmar Terra

SC – Luiz Eduardo Cherem

SE – Eduardo Alves Amorim

SP – Luiz Roberto Barradas Barata

TO – Petrônio Bezerra Lola

SUMÁRIO

PG

5

Apresentação

6

**Apresentações
na Assembléia de Natal:
Convergências e Divergências sobre
Gestão e Regionalização do SUS**

27

Anexos

28

O SUS QUE TEMOS E O SUS QUE QUEREMOS

Dr. Eugênio Vilaça Mendes

62

ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS NO BRASIL

Dr. Fernando Martins Junior

87

15 ANOS DO SUS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Dr. Luiz Roberto Barradas Barata,
Dr. Oswaldo Yoshimi Tanaka,
Dr. José Dinio Vaz Mendes

104

O PAPEL DO GESTOR ESTADUAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Dr. Luiz Roberto Barradas Barata,
Dr. Oswaldo Yoshimi Tanaka,
Dr. José Dinio Vaz Mendes

Apresentação

No 1º Seminário do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), para construção de consensos – Organização, Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), realizado em Sergipe, em Julho de 2003, os Secretários Estaduais de Saúde abordaram itens que consideram fundamentais para a Gestão do Sistema de Saúde, entre eles a necessidade da revisão do processo normativo do SUS, do modelo de financiamento, do controle, avaliação e regulação do sistema, das ações e dos serviços de atenção primária, média e alta complexidade e do comando único.

Definiram também um elenco de ações e prioridades relativas a Organização, Gestão e Financiamento do SUS. Entre as conclusões do Seminário, propuseram “ a elaboração de uma nova norma voltada para a construção de um modelo de atenção que contemple os princípios e as diretrizes do SUS, em substituição à Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2002)” .

Propuseram ainda “ que essa nova norma estabeleça uma nova modalidade nas relações intergestores com base em um tipo de Contrato de Gestão, cujo eixo seja o reconhecimento da capacidade de condução e reitoria do SUS no âmbito estadual e o pleno exercício das macrofunções estaduais, com ênfase na cooperação técnica descentralizada e permanente, com os municípios” .¹

Objetivando atender a essas deliberações dos Secretários, o CONASS elaborou por meio do Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS (Progestores) propostas para subsidiar o processo de construção de consensos do CONASS.

Essas propostas podem contribuir para o aprimoramento do processo de Gestão e Regionalização / Descentralização do SUS, contemplando as questões relativas à responsabilidade sanitária, à adequação à realidade de cada estado e região do país, à integração de ações de promoção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidade/custo, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental e políticas de recursos humanos.

Em março de 2004, foi realizada em Natal, RN, Assembléia dos Secretários Estaduais de Saúde em continuidade a esse processo de discussão e elaboração de propostas do CONASS, sobre Gestão e Regionalização.

O presente documento traz o produto das discussões dessa assembléia e, os textos de apoio elaborados por autores convidados pelo CONASS.

Gilson Cantarino O’Dwyer

Presidente do CONASS

¹ Seminário de CONASS para a Construção de Consensos.

**Apresentações
na Assembléia de Natal:
"Convergências e Divergências
sobre Gestão e
Regionalização do SUS"**

Introdução

O CONASS solicitou a consultores que elaborassem textos, para subsidiar as discussões do conjunto de Secretários Estaduais de Saúde, com o objetivo de aprofundar o debate sobre a **Gestão e a Regionalização do SUS**, visando levantar subsídios do CONASS para a construção do processo normativo do SUS.

Os textos solicitados aos consultores, anexados a este documento, contemplaram as seguintes questões:

- responsabilidades e atribuições de cada esfera de governo;
- nova modalidade de relações intergestores, revendo os conceitos do processo vigente de habilitação e financiamento;
- regionalização;
- descentralização;
- integração das ações de promoção à saúde, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental, ações de atenção primária, média e alta complexidade;
- organização da assistência (primária, de média e alta complexidade);
- referências intermunicipais;
- controle, avaliação e regulação.

Na mesa-redonda: Convergências e Divergências sobre Gestão, Regionalização e Descentralização, realizada durante a Assembléia do CONASS, no dia 19 de março de 2004, em Natal, RN, os consultores convidados pelo CONASS apresentaram seus textos sobre Gestão e Regionalização do SUS. Depois das apresentações, três debatedores fizeram suas observações sobre as apresentações e, em seguida, os Secretários Estaduais de Saúde fizeram seus comentários.

As apresentações e os debates realizados nessa mesa-redonda encontram-se na seqüência deste documento.

O SUS que temos e o SUS que queremos²

Principais pontos abordados

Eugênio Vilaça Mendes coloca dois pressupostos a serem discutidos:

- O SUS real e o constitucional. O SUS real é o que está na rua, e o SUS constitucional é o que se deseja. O autor fala da enorme diferença entre o SUS constitucional e o real, a qual se baseia fortemente no sistema valorativo da sociedade.
- São destacados os problemas estruturais do SUS, o que nenhuma norma operacional vai resolver. Diz que há uma falsa idéia de que ao mudar a norma os problemas do SUS serão resolvidos: “ Uma nova norma é uma condição necessária, mas não é suficiente para melhorar o SUS” .

O autor demonstra dois modelos de sistemas de saúde: um representa um sistema como o americano, fragmentado, e o outro representa o modelo como o canadense, público e universal, no qual o sistema privado atua supletivamente.

O autor expõe que o SUS que se deseja se baseia nos princípios do modelo público universal; porém, na prática social, o sistema é segmentado e especializa-se como um sistema para pobres.

Vilaça Mendes afirma, ainda, que o SUS desejado é um sistema universal público, no qual o sistema privado deveria ofertar, efetivamente, apenas um pacote de serviços não disponível no SUS.

A segunda questão abordada refere-se ao financiamento: “ No Brasil, o dinheiro despendido é escasso, o Brasil gasta pouco e gasta mal. O gasto público brasileiro é muito baixo e isso impede a criação de um sistema público universal. Quando a relação gasto público é inferior a 70%, não se cria um sistema público universal” . Países como o Canadá, Suécia, Reino Unido têm gasto público superior a 70%.

O autor comenta que, mesmo se todos os recursos da Emenda Constitucional n.º. 29 fossem aplicados, ainda, assim, não seria possível instituir um sistema público universal.

O terceiro problema destacado é o fato de que o sistema brasileiro se baseia na lógica da oferta de serviços. Isso leva a um financiamento de subsídio à oferta e a um princípio de que o dinheiro segue o gestor, com foco na gestão da oferta. O movimento de exceção é a lógica, ainda tímida, imprimida pelo per capita na Atenção básica.

² Texto elaborado por Dr. Eugênio Vilaça Mendes – Consultor em Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde.

Vilaça Mendes destaca que o SUS deveria ter o foco na gestão da demanda: “O comando único é dado pela saúde do cidadão, não importa onde o cidadão seja atendido, importa que ele seja atendido, levando a um outro enfoque do subsídio à demanda. O dinheiro segue o cidadão onde quer que ele seja atendido”.

Segundo o autor, o quarto grande problema do SUS é a concepção de modelo assistencial, com uma visão piramidal, na qual os serviços se organizam em baixa, média e alta complexidade. Uma visão equivocada, do ponto de vista teórico. Nesse entendimento, o equívoco é pensar que a Atenção Primária é menos complexa que os demais níveis de atenção.

Para o autor o que existe de mais complexo num sistema de saúde é a Atenção Primária: “É aí que se coordenam os demais níveis de atenção, a Atenção Primária requer um nível de conhecimento de várias áreas para dar conta de resolver de 85% a 90% dos problemas de saúde da população. É preciso reconceber o sistema de saúde de forma que haja uma ruptura da concepção piramidal”.

Enfatiza que a Atenção Primária à saúde cumpre, nos sistemas de saúde, um papel preponderante de ordenadora dos fluxos e contrafluxos.

O quinto ponto avaliado por Vilaça Mendes refere-se à norma vigente, a NOAS/SUS, que se baseia em um paradigma equivocado, pois é muito extensa e complexa, o que cria uma responsabilização difusa. Também causa uma heteronomia municipal: há municípios de primeira classe e municípios de segunda classe que não podem estar em gestão plena. Além disso, reduz seu objeto ao aspecto assistencial.

O autor propõe que, no SUS que se quer, é preciso mudar, no sentido de superar o paradigma da municipalização autárquica para chegar ao paradigma da microrregionalização cooperativa. E que se estruturarem, em cada microrregião, comissões gestores bipartite com capacidade de articular as ações de Atenção Primária e secundária, e que essa norma seja simples e flexível.

Vilaça Mendes cita que é preciso fazer o uso correto dos fundamentos da regionalização e criar uma responsabilização inequívoca. A saúde do cidadão deve ser responsabilidade de um gestor inequívoco. Enfatiza, ainda, que todos os municípios e estados estejam em gestão plena, e que o objeto de sua ação deixe de ser apenas assistencial, para que o objeto seja um sistema integrado de saúde.

O sexto ponto ressaltado pelo autor refere-se à fragilidade da função de regulação, que começa pela fragilidade teórico-conceitual do que seja regulação. Há um processo de certificação cartorial, ausência de avaliação tecnológica em saúde, fragilidade dos sistemas de controle e avaliação, carência de cultura e de sistemas contratuais e ausência de cultura de microgestão da clínica.

Vilaça Mendes enfatiza que o SUS que se quer precisa passar pelo fortalecimento da função de regulação, sendo necessário ter uma sólida concepção teórica do que seja regulação. Isso significa definir as funções de reitoria reguladora, de

superintendência reguladora e de normalização reguladora.

Menciona que há que se utilizar os sistemas de certificação relacionada à qualidade; instituir unidades de avaliação tecnológica que regulem incorporação e uso de novas tecnologias; e instituir controle e avaliação potentes.

Vilaça Mendes destaca que, para isso, é preciso ter um bom sistema de planejamento, de contratos e de informação gerencial. Há que se consolidar uma cultura de gestão da clínica e fortalecer a auditoria clínica.

Menciona, também, a forte crise hospitalar que tem sido ignorada há muitos anos, cuja causa está na diminuição de economia de escala – “um hospital deveria, para funcionar com eficiência e qualidade, ter entre 100 e 400 leitos. Há um forte subfinanciamento da atenção hospitalar do SUS”.

De acordo com o autor, é preciso reestruturar os pequenos hospitais e convertê-los em unidades ambulatoriais, criando uma rede de hospitais intermediários microrregionais. O foco de uma política hospitalar não deve ser o pequeno hospital e, sim, o hospital de médio porte. Destaca a necessidade de propor um programa de melhoria de qualidade dos hospitais do SUS; incorporar as tecnologias de gestão do uso dos serviços hospitalares, melhorando e capilarizando a avaliação e auditoria; e superar a lógica de remunerar o prestador abaixo dos seus custos, o que implica rever os valores dos procedimentos.

Também menciona a má qualidade da Atenção Primária em saúde, e a coloca como o maior desafio. A estrutura existente é de má qualidade e há uma fragilidade dos sistemas de certificação. Por força da visão de que Atenção Primária é algo muito simples e que pode ocorrer de qualquer modo, chegou-se à deficiência de estrutura e de recursos humanos – na realidade, a Atenção Primária é complexa, embora exija tecnologias menos densas, mas nem por isso simples e fáceis. Há um forte subfinanciamento na Atenção Primária.

O autor cita, ainda, que em 2001, 27,4% das internações realizadas pelo SUS ocorreram em consequência de condições sensíveis à Atenção Primária, e que isso custou um bilhão de reais para o SUS, representando um custo per capita de seis reais por habitante, por ano, com grande desperdício de recursos pela má qualidade da Atenção Primária à saúde.

Vilaça Mendes destaca a necessidade de incrementar o Programa de Saúde da Família (PSF), quantitativamente, bem como de realizar a avaliação e a certificação periódica das equipes de saúde da família, e de ter uma política para investimentos que garanta unidades adequadas para a Atenção Primária.

Dr. Eugênio fala, também, de um programa de capacitação de recursos humanos (institucionalizar os recursos – residência em Saúde da Família) e de sistemas de capacitação permanentes. Enfoca a necessidade de fortalecer a assistência farmacêutica na Atenção Primária, através do incremento de recursos para custeio na área.

Afirma que, para construir um SUS constitucional, é preciso levar tal discussão para a sociedade, e que não é possível construir o SUS conforme previsto na Constituição Federal, com a quantidade de dinheiro disponível hoje. É necessário muito mais, portanto, é preciso discutir com a sociedade se ela quer um SUS universal e quanto está disposta a pagar por isso. Essa não é uma questão técnica e, sim, valorativa.

Fala da alternativa de instituir-se como sociedade baseada em valores auto-interessados, individualistas – nesse sentido, o modelo é a segmentação, e o SUS será sempre um sistema para pobres e, portanto, será sempre subfinanciado. Aborda a alternativa de constituir uma sociedade solidária, como as sociais democracias europeias, e se for essa a opção da sociedade brasileira, haverá necessidade de muito mais dinheiro.

Vilaça Mendes apresentou, como reflexão final de sua apresentação, duas citações. Uma, do Dr. Sérgio Arouca: “A reforma sanitária é um projeto civilizatório que, para se organizar, precisa ter dentro dele valores que nunca devemos perder, pois o que queremos para a saúde, queremos para a sociedade brasileira”. A outra é de Lord Beveridge (1942): “Políticas públicas exclusivas para os pobres são políticas pobres”.

Análise do Processo de Implantação do SUS no Brasil³

Segundo Fernando Martins Junior, o SUS é uma das reformas sociais mais amplas do Brasil, fruto de uma conquista social, popular e democrática. Contudo, destaca um problema: embora seja uma reforma ampla, muitas vezes, a estrutura do Estado não tem ainda os elementos para viabilizar as propostas.

O autor reconhece as dificuldades das normas e da NOAS. Comenta que o SUS passou por um processo de normatização muito intenso, partindo de um momento em que os municípios não tinham participação alguma, e os estados, uma participação muito pequena na gestão da saúde, sendo necessário trazer esses atores para o cenário da gestão dessa política pública. Cita o texto constitucional de 1988, as Leis nº. 8080/90 e nº. 8142/90. Lembra os princípios doutrinários do SUS: universalidade, equidade e integralidade. Cita os princípios organizacionais: descentralização, regionalização, e controle social.

O autor cita a frase de Flávio Goulart: “ Passamos por um processo de esculpir o SUS a golpes de portarias” . Também, foi apresentado um histórico sobre as NOBs/91, 92, 93 e 96 e suas limitações, tais como a falta da responsabilização clara dos três entes da Federação.

Martins Junior apresenta um resumo da Norma Operacional Básica NOB-01/91 e da NOB 01/92: foram normas editadas pelo extinto Inamps; refletiam a tecnoburocracia inampsiana; propunham descentralização operacional; estados e municípios eram considerados prestadores de serviços; permanecia a mesma lógica de compra de serviços privados; privilegiando a compra de serviços médicos assistenciais, exceto pela transferência das unidades assistenciais do governo federal para estados e municípios; não houve avanços no processo de descentralização. Essas normas contaram com a adesão de 22% dos municípios brasileiros.

Em maio de 1993, foi publicada a NOB 01/93, cujo lema era a **ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. Propunha três modalidades de gestão do sistema de saúde: incipiente, parcial e semiplena. O sistema de saúde foi municipalizado em 63% dos municípios brasileiros, sendo 3% em gestão semiplena, com 18% da população e transferência de 24% dos recursos federais para a assistência. Essa norma produziu pouca modificação na gestão estadual. Permaneceram, ainda, três quartos dos recursos repassados sob a forma de pagamento por produção.

A NOB 01/96 foi publicada em novembro de 1996, e propunha duas modalidades de gestão do sistema de saúde municipal: gestão plena da atenção básica e gestão plena

³ Texto elaborado por Dr. Fernando Martins Júnior – Consultor do Ministério da Saúde.

do sistema municipal. E para o sistema estadual de saúde, a gestão avançada e gestão plena do sistema estadual. Foi a norma que instituiu o Piso da Atenção Básica (PAB) e, em janeiro de 1998, a parte variável do PAB, criando assim um pagamento per capita (subsídio à demanda). O autor destaca que a NOB/96 acelerou o processo de municipalização, com a habilitação de 5.450 municípios. Destes, 523 habilitados em gestão plena do sistema de saúde e, em relação aos estados, quatro estados foram habilitados em gestão plena do sistema. O PAB representou ganhos financeiros reais para 66% dos municípios.

Na análise do autor, a NOAS 01/2002, em alguns pontos, consolidou o processo de recentralização seletiva, o qual, contudo, apresenta uma série de problemas – e o primeiro deve-se ao fato de ser uma norma da assistência. Comenta-se que a NOAS/SUS revisa o conceito de sistema, como o conjunto de serviços e, portanto, aumenta a fragmentação da atenção e da gestão.

São relatados, pelo autor, os problemas com conceitos como módulos assistenciais e módulos territoriais. Enfatiza que a qualificação de microrregião leva à possibilidade de existência de um quarto gestor, pois há três entes federados autônomos e não existe o ente que trata da ligação microrregional. Os arranjos locais não são respeitados na organização unicêntrica proposta e trazem uma hegemonia dos estados.

O autor entende que o processo de habilitação é cartorial e que a avaliação é realizada nos processos e não nos resultados e impactos. Relata a multiplicidade de programações e processos de pactuações das vigilâncias e da assistência, e que a lógica de financiamento mantém-se: uma parte subsidiando a demanda no per capita, e a outra subsidiando a oferta, baseando-se em médias históricas.

Ressalta que, no texto da NOAS/SUS, a regionalização é resumida a uma estratégia de hierarquização do sistema e, portanto, essa norma diminui todo o papel da regionalização, que não é uma estratégia de hierarquização e, conseqüentemente, não pode ser subordinada a um outro processo.

Martins Junior cita a fragilidade da proposta de regulação na NOAS/SUS, que é muito reducionista, pois aborda somente a regulação assistencial e situa toda a proposta na questão das centrais de regulação assistencial. Não avança nas questões de implementação do controle e avaliação e auditoria. A NOAS teve adesão de 24 estados e 29% dos municípios, até o momento. Os demais municípios continuam habilitados pela NOB 01/96.

Segundo o autor, parece que todo o processo de adesão dos gestores ao SUS está concluído e, portanto, não há necessidade de discutir normas que induzam o gestor a assumir a coordenação do sistema de saúde, no seu território. A participação dos municípios no financiamento cresceu de 9,6% do gasto consolidado em saúde, em 1985, para 35%, em 1996, e em 2002, mais de 83% dos municípios tinham gasto superior a 10% das receitas livres, em saúde e saneamento.

Martins Junior enfatiza a necessidade de consolidar o que a Constituição propõe: “Consolidar a transição de um modelo de assistência à saúde baseado no princípio contributivo e centralizado, para a implantação de um modelo em que o direito legal de acesso gratuito a ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, universal e descentralizado. Criar uma rede de ações e de serviços descentralizada, com acesso universal, com comando único em cada esfera de governo, voltada à atenção integral, permeável ao controle social e capaz de dar respostas às reais necessidades e aos problemas da população”. Segundo o autor, o desafio para fazer isso é avançar na resolução dos problemas de saúde.

O autor propõe, ainda, a “capacidade de operar em realidades distintas e com peculiaridades locais, nas quais deve-se organizar as forças técnicas, políticas e administrativas na busca de arranjos e pactuações que propiciem a criação dessa rede. Para tanto, devemos estar dispostos a mudar a configuração formal das instâncias e dos fluxos de gestão, tornando-os mais eficientes, transparentes e permeáveis ao controle social, definir fontes suficientes e estáveis de recursos financeiros para a saúde, estabelecer relações horizontais com as demais esferas de governo, definir critérios técnicos que respondam às prioridades da política de saúde e definir meios e instrumentos de acompanhamento, controle e avaliação, que possam medir a eficácia no uso dos recursos. Tal movimento implica rever os modos tradicionais de organizar o sistema de saúde, baseados em normas rígidas, modelos fixos e fluxos centralizados”.

O autor sugere a instituição de um processo de Gestão Solidária da Saúde, que engloba quatro eixos:

- consolidação da gestão nas três esferas de governo;
- radicalização do processo de descentralização;
- regionalização – organização de redes;
- regulação – ampliação do poder regulatório dos gestores públicos.

1. Em relação à consolidação da gestão nas três esferas de Governo

Martins Junior afirma que é preciso pactuar formas em que cada gestor possa exercer os papéis já definidos constitucionalmente, bem como o do comando único, evitando disputas entre gestores.

Sugere que o papel da União é a gestão do sistema nacional, a coordenação nacional do SUS, a normatização do sistema e a instituição da capacidade de regulação. Estudos mostram que a capacidade de gestão do poder local está ligada à capacidade de regulação do poder central. Portanto, cabe ao Ministério da Saúde a indução de políticas e a execução de ações estratégicas.

Entende que os municípios têm como função a gestão e a execução das ações e dos serviços, a construção de sistemas locais resolutivos, o estabelecimento de políticas

locais, regulação, controle e avaliação e auditoria de serviços.

Martins Junior acredita que o estado tem um papel muito semelhante ao da União, em relação aos municípios, ou seja: a gestão do sistema estadual de saúde; a coordenação do SUS no âmbito estadual; a regulação do sistema estadual e dos governos locais; a indução de políticas de saúde; a execução de ações específicas; e a execução de ações supletivamente.

O autor afirma que os estados foram secundarizados no processo de descentralização em um período em que tiveram baixa participação no financiamento das ações e dos serviços de saúde.

Propõe a construção de pactos de gestão (com metas e resultados) e não uma norma. Destaca a necessidade de instituir a capacidade de regulação, bem como a de reforçar o papel do estado como ordenador, coordenador e indutor de política de saúde, e como agente de integração das redes locais em sistemas regionais.

Martins enfatiza que é preciso estabelecer um pacto em substituição às normas, que se baseie em resultados.

2. Em relação à radicalização do processo de descentralização

Martins Junior reconhece que todos os gestores são plenos, portanto, deve-se substituir a habilitação cartorial e normativa pela lógica de adesão ao SUS. Destaca a necessidade de ampliar a resolubilidade da Atenção Primária e a incorporação tecnológica nela.

O autor fala da necessidade de instituir novos critérios para repasse de recursos dos fundos nacionais e estaduais para os fundos municipais de saúde, com participação efetiva dos estados.

Destaca a necessidade de mudar a forma de financiamento, regulamentando o artigo 35 da Lei no 8.080/1990. Menciona o risco de mudar toda a forma de financiamento para a lógica do per capita, pois esta forma não vai conseguir resolver as diferenças regionais, as diferenças de perfis demográficos, epidemiológicos e de acesso, que precisam ser consideradas.

Recomenda, ainda, que o ressarcimento pelos atendimentos deve ser alocado no local de execução da ação de saúde.

Martins Junior propõe a instituição de critérios que incentivem a gestão estadual e municipal. Entende que a norma atual induz à existência de gestores de recursos financeiros que se restringem à contratação de assistência de média e alta complexidade, além de atenção básica. Fala, também da dificuldade de destinar recursos para a organização de sistemas de gestão e instrumentos de gestão, e ressalta a necessidade de fortalecer as instâncias de pactuação e de controle social.

3. Em relação à regionalização a partir da organização de redes de saúde

Martins Junior menciona a necessidade de revisão da lógica da PPI da assistência. Propõe o conceito de regionalização como processo de articulação dos sistemas locais de saúde e implementação da atenção; portanto, a organização do sistema de saúde deve evoluir da lógica piramidal para uma lógica de rede com menor segmentação da atenção, em que não se tenha a subordinação hierárquica desses serviços, mas uma atuação complementar das ações.

4. Em relação à regulação

Martins Junior define regulação como um conjunto de instrumentos e mecanismos indutores de práticas, delineamento de produto e alcance de resultados ajustados e condizentes com as políticas, diretrizes e objetivos pré-definidos, numa idéia de regulação social, e não como a NOAS/SUS estabelece: apenas regulação assistencial.

Destaca a necessidade de regular o mercado privado de saúde e a incorporação tecnológica, bem como de rever a atual lógica instituída. A regulação de serviços deve ser exercida pelos municípios, e a união e os estados têm a função de regular e articular o sistema nacional e estadual respectivamente.

O autor enfatiza a necessidade de rever as estratégias de controle e avaliação e auditoria; de integrar e reestruturar os sistemas de informação; e de efetivar a implantação e simplificação do cartão SUS.

Propõe a contribuição para a consolidação de um modelo baseado na concepção de saúde com qualidade de vida, conquistada por intermédio de políticas econômicas e sociais que tenham como fim a universalidade, integralidade e equidade, organizado de forma descentralizada, articulado em redes regionais e com garantia de participação da comunidade por meio do controle social.

Segundo o autor, o SUS é uma reforma consolidada; porém, há necessidade de discutir como concretizá-lo na prática, no do dia-a-dia da população.

O Papel das Três Esferas de Governo no SUS⁴

Na apresentação, Luiz Roberto Barradas abordou inicialmente, três aspectos que devem ser considerados antes de mudar a norma ou elaborar uma nova norma.

- Aspectos legais: qualquer norma precisa estar baseada na legislação vigente.
- Princípios doutrinários: são cláusulas pétreas do SUS. Integralidade, universalidade e equidade não são questionadas. Os princípios operativos ou organizacionais de descentralização com municipalização, regionalização com hierarquização e a participação popular, também, são princípios importantíssimos do SUS, mas alguns deles são questionados em relação à forma como são implantados. São uma escolha de como organizar o sistema de saúde.
- Experiência acumulada: destaca que, nos últimos 15 anos, houve avanços e problemas, que precisam ser considerados na revisão do processo normativo do SUS. Também lembra que a autonomia político-administrativa das três esferas de governo e as diferenças regionais precisam ser consideradas ao se propor mudanças nas normas.

Barradas reconhece que a Constituição Federal e as leis são superiores às normas e portarias. Entende que estas representam a expressão da vontade política do momento e, portanto, podem ser mudadas a qualquer tempo. Entende que há divergência entre o que diz a NOAS/SUS e a lei nº 8.080/1990, em relação ao comando único.

Segundo o autor, os princípios doutrinários e organizacionais do SUS podem ser conseguidos pela busca contínua da universalização do atendimento, usando como estratégia a ampliação da Atenção Primária. A busca do princípio da integralidade deve ser operacionalizada por meio da regionalização e hierarquização das ações. O papel do gestor estadual na regionalização, com a implantação de centrais de regulação, na organização de sistema de referência e contra-referência e na busca de equidade tem com objetivo oferecer mais a quem mais precisa e não distribuir igualmente a todos.

Barradas ressalta que, embora as leis definam claramente as competências, há dificuldades de operacionalizar o sistema de saúde. Destaca que cada gestor pode dar respostas diferentes a questões semelhantes, em razão da sua realidade. Comenta, ainda, que o sistema de saúde está em evolução contínua e que o sonho dos gestores de saúde,

⁴ Texto elaborado por Dr. Luiz Roberto Barradas Barata – Secretário de Estado da Saúde de São Paulo; Dr. Oswaldo Yoshimi Tanaka – Secretário Adjunto da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; Dr. José Dinio Vaz Mendes – Assessor Técnico da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

quando propuseram o SUS era acabar com o Inamps e juntar os recursos da assistência e da Previdência; porém reconhece que, apesar desse esforço, ainda, faltam recursos para a saúde.

O autor entende que uma nova norma deve propor mudanças de forma gradativa, caso contrário, não haverá viabilidade político-administrativa. Enfatiza que a experiência dos últimos 15 anos do SUS é muita rica e precisa ser considerada.

De acordo com Barradas, avançou-se na descentralização e no controle social no país inteiro; porém a NOAS/SUS não se implanta de forma automática, requer dos gestores vários ajustes, uma vez que o processo é ainda muito cartorial: há imenso número de papéis e formulários a serem preenchidos e assinados.

Entende que a correção dos equívocos não está acontecendo, pois há grande número de regras e pré-requisitos a serem cumpridos para a habilitação de estados e municípios; porém reconhece que houve avanços com a implantação do repasse fundo a fundo.

Segundo ele, cada esfera de governo deve exercer seu papel no sistema de saúde, propondo para tanto:

- Aos municípios: garantir o acesso aos serviços básicos de saúde; responsabilidade pela saúde do cidadão; e referenciar os casos mais complexos, cuja referência deve ser feita de forma organizada.
- Aos estados: atuação complementar sempre que o município, por qualquer razão não consiga realizar as ações e serviços básicos e regular e prover o acesso aos serviços mais complexos.
- À União: estabelecer a política nacional de saúde e co-financiar os sistemas locais e regionais.

Segundo Barradas, é muito difícil implantar uma norma que abranja as especificidades do país, em razão das diferenças econômicas, epidemiológicas e demográficas.

O autor enfatiza que a avaliação do sistema é uma área que pouco avançou, embora reconheça que a avaliação e a correção dos rumos dos sistemas locais estão claramente definidas na lei como atribuição precípua do Estado.

Conforme afirmou Barradas, várias normas foram escritas, entretanto, nenhuma delas garantiu avanços no SUS, e que mais do que fazer uma nova norma, é necessário flexibilizar o processo na implantação das normas vigentes.

Enfatiza a necessidade de os estados avançarem mais na regulação e de que as três esferas de governo revejam os gastos e ampliem os recursos para o setor – deve-se lutar contra esse subfinanciamento, buscar a equidade com estímulos ao desenvolvimento de políticas loco-regionais.

Barradas propõe as seguintes funções ao gestor estadual:

- o planejamento e a avaliação dos serviços regionais de saúde, identificando carências, dimensionando ofertas e estimulando novos serviços de ações;
- o co-financiamento dos serviços regionais e o financiamento dos serviços locais não ofertados pelos municípios;
- a promoção da equidade, por meio de políticas de investimento e custeio que atendam aos mais necessitados. Ex: Programa de Saúde da Família para os municípios com piores IDHs de São Paulo.

O autor diz que não acredita na necessidade de uma nova norma, pois o mais importante é flexibilizar as normas existentes e implantá-las. Afirma que compete aos estados:

- avançar mais na função de avaliação e serem mais atuantes nas correções de desvios;
- ampliar o co-financiamento, na provisão das referências regionais, garantindo a integralidade da assistência;
- buscar a equidade com estímulo a políticas de desenvolvimento loco-regionais – dar mais aos que precisam mais.

Debatedores

Dr. Armando Raggio: Gerente de Projeto de Economia da Saúde – IPEA

Armando Raggio registrou os pontos comuns dos três apresentadores. Diz que o Estado brasileiro estabeleceu a reforma do sistema de saúde há 15 anos, e essa experiência, que causa orgulho a todos os envolvidos, vive um momento grave de transição de uma reforma incompleta e ainda insatisfatória: “O que se percebe também é que sempre é abordada numa estratégia de correção de rumo chamada norma”.

Ele cita que essa norma, muito criticada, é uma herança do sistema anterior, do sistema previdenciário que se regia por normas numa instituição unicista, centralizada e sem nenhuma facilitação à participação democrática. Diz que, com pequenas diferenças, todos têm as mesmas críticas em relação às normas – não é a norma - instrumento conjuntural - que resolveria problemas que persistem apesar dela. Ele entende que há questões estruturais muito mais significativas para serem tratadas antes de se verificar se é necessária uma nova norma.

Segundo Raggio, salvo melhor avaliação da plenária, não há necessidade de uma nova norma. Destaca, ainda, que a descentralização realizada é concentradora: as capitais e as cidades pólos recebem um volume maior de recursos.

Reconhece que existem duas regionalizações na saúde no Brasil: a de fato, perante o jogo político de construção de majorias, e a do esforço no gerenciamento do contencioso da expectativa criada. Observa o problema da rivalidade e da competitividade entre os gestores pela dificuldade de entender a saúde como uma política de Estado e não de governo.

Raggio fala do grande aparato legal existente, mas reconhece que entre este e a operação se dá uma grande lacuna. Entende que as normas não são um instrumento competente, pois mais congelam conjunturas do que contribuem para o aperfeiçoamento das estruturas. Questiona a plenária sobre a possibilidade de produzir, em vez de uma nova norma, um estatuto da saúde, que aproxime o aparato legal da realidade, em que todos sejam plenamente responsáveis e estejam de acordo quanto a levar o sistema de saúde às melhores conseqüências.

Reconhece, também, que o sistema de saúde é o mais complexo aparato que a sociedade inventou, e precisa ter o Estado como protagonista. Enfatiza a necessidade de um agente público, o Estado, para garantir o controle do ponto de vista humanitário, filosófico e ético. Cita a saúde como a atividade que provoca a maior assimetria de informação entre os cidadãos, e reconhece as dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Contudo, muito mais difícil é tomar a decisão.

Entende a regulação, sobretudo, como um processo político e não tecnológico. Destaca a necessidade de cuidar para que o sistema se mantenha mais analógico e não incorpore tanta tecnologia que, por exemplo, distancie o médico do paciente, pois passa-se a valorizar o meio e perde-se de vista a finalidade.

Raggio esclarece que a municipalização não é a descentralização da doença para os municípios. Entende que, do ponto de vista filosófico, histórico e de longo prazo, as Secretarias Estaduais são necessárias, contudo, são um aparato que precisa ter mais apoio para se desenvolver e poder cumprir seu papel. Diz que um agente governamental só se legitima se cumprir seu papel redistributivo – se fizer redistribuição sempre, está justificado, efetivamente. Chama a atenção para a ocorrência da redistribuição negativa que está ocorrendo no Brasil.

Armando Raggio diz que a atual norma leva a transferência de recursos de quem tem menos para quem tem mais, entende que as normas não têm ajudado a quem tem menos – pelo contrário, têm beneficiado a quem tem mais, pois os menos privilegiados não conseguem nem preencher os requisitos das normas.

Dr. Gilson Cantarino O'Dwyer: Secretário de Estado da Saúde do Rio de Janeiro e Presidente do CONASS

O presidente do CONASS lembra do período de 1989, um momento exuberante de esperança pós-constituente de 1988, de novo dinheiro municipal, com a reforma tributária contida no processo e a esperança de uma nova Constituição do bem-estar social.

Cantarino destaca que grande parte dos gestores começou o processo de gestão acreditando na descentralização e na assunção da responsabilidade de serviços estaduais e alguns federais e, ao mesmo tempo, no financiamento compatível com o tamanho da responsabilidade de uma Constituição que diz que saúde é um dever do Estado e direito do cidadão. Porém, reconhece que a política econômica do país caminhou na contramão do contexto da política pública e especialmente da saúde.

Cantarino chama a atenção para o fato de que a NOB/91 trouxe a grande mudança do modelo de financiamento que equiparou o financiamento, público ao do setor privado, no qual todos passaram a receber por produção de serviços e, portanto, o financiamento que se baseava em plano municipal de saúde, ainda que incipiente, passou a ser financiado por aquilo que se produzia.

Afirma que as normas são criadas para dar conta daquilo que foge do controle dos gestores, assim, a NOB 93 surgiu da lógica de criar uma classificação para a gestão a partir de pré-requisitos e responsabilidades; a NOB 96 foi concebida na égide da responsabilização sanitária e do território. Ele reconhece que avaliando hoje a NOB 96, percebe-se a ênfase na esfera municipal, e que ela não trata das questões que, atualmente, estão em debate entre os gestores.

Cantarino cita a NOAS/SUS como uma norma que surgiu da lógica da responsabilidade, vinculada à complexidade da oferta do serviço e não à saúde da população e, portanto, impõe uma visão assistencial que privilegia a oferta de bens e serviços de saúde. Diferencia a NOAS/SUS da NOB 96, pois ela define que o gestor pleno é quem garante acesso da população à saúde.

Aborda a questão do financiamento, lembrando que, quando este foi previsto, o Fundo Nacional de Saúde tinha a função de ser o arrecadador de recursos financeiros para o SUS, a serem repassados às demais esferas de governo. Cantarino entende que, quando se rompeu o conceito de seguridade social, rompeu-se com a lógica do financiamento do sistema. Reconhece a necessidade de co-responsabilidade dos gestores no financiamento, em parte pelo esvaziamento dos recursos do governo federal.

Gilson Cantarino enfatiza que toda essa descentralização, muito fortemente alavancada pelo interesse de repasse de estruturas, tanto estadual como federal, não foi acompanhada pelo processo de construção de um modelo de atenção local. Fala das dificuldades atuais em relação a algumas questões: a do comando único, a da regulação do acesso da população e a da falsa dualidade entre o estado e o município.

O presidente do CONASS entende que o Estado tem de assumir a gestão da microrregião, como uma instância que vai permear a regulação desse sistema. Reconhece que o Ministério da Saúde tem seu papel indutor, mas trabalha com programas e ações fragmentadas, o que é um dificultador da construção de modelos mais adequados. Avalia que a municipalização foi cartorial, mas reconhece que são inegáveis os avanços. Cita como marco referencial dos estados a conquista do papel regulador sem enfraquecer o município.

Dr. José Carlos Seixas: Assessor do gabinete do Secretário de Estado da Saúde de São Paulo

Seixas destaca a rica oportunidade de consenso na elaboração da NOB 96, por meio da participação e do envolvimento dos gestores, esclarecendo os pontos de conflito, como o conceito de gerência e gestão. Destaca o uso de palavra específica, na Lei no 8.080/1990, que diz que compete ao Estado "gerir" os sistemas de alta complexidade, o que, na atual norma, não é considerado.

Destaca a apresentação de Eugênio Vilaça, que aborda a gestão, pelo Estado de sistemas regionais. Seixas sugere que melhor seria que a gestão do sistema de saúde para a população coubesse ao município

Propõe, então, que ao criar um subsistema regional, ter-se-ia a proposta operativa de Vilaça, mas com a definição do papel de cada gestor.

O debatedor discorda da regionalização autárquica, porque traduz a absorção de um poder de gestão. Enfatiza a necessidade de deixar normativo e não legal, pois entende

que a regionalização é fluida, não é estável, portanto, deve ser deixada na competência de pactuação do Estado para ser modificada.

Seixas comenta que o conjunto dos trabalhos surpreendeu, porque ninguém ficou nos termos da proposta do debate, todos apresentaram uma importante e consistente proposta de política de saúde, que poderia ser realizada tanto por um governo socialista quanto por um neoliberal.

Destaca o fato de que a norma não deve ser perene, por isso é chamada, precedentemente, de norma, tendo nascido ou não no ex-Inamps. Pode-se dar outro nome para ela, mas a idéia é de normatização mutável, de acordo com as circunstâncias, portanto deve ser norma e deve ser norma operacional.

Reconhece que, na essência do trabalho, não é necessário fazer outra norma, mas que a atual exige modificações, ou uma norma complementar. Destaca a necessidade de pensar numa norma de vigilância à saúde, principalmente, objetivando a mudança de modelo assistencial. Recomenda que se deve mudar a norma vigente, no que for possível e gradativamente. Reconhece que a atual norma é muito complicada, mas serviu para reorientar e também para dar harmonia e redistribuição no desempenho dos serviços.

Sugere, ainda, que se tornem contratuais todos os entendimentos da rede de complexidade crescente existente na gestão de cada município, pois as referências não são pactuadas formalmente, o que leva o paciente a ser responsável pela busca do seu atendimento.

Destaca, na apresentação de Vilaça, a questão do contrato de gestão interno ou externo. Entende que a sugestão é importante, porém precisa ser pensada, pois não é fácil de ser executada. Diz que os gestores não têm experiência de contrato de gestão no setor saúde, pois paga-se por serviços realizados. Faz referência ao fato de que, para fazer contrato de gestão é necessário imaginar quais serviços devem ser feitos numa realidade social, na qual a ocorrência dos fatos é previsível pelas estatísticas, mas a prestação dos serviços não define tempo e local, portanto, não é fácil estabelecer contratos de gestão.

Seixas faz uma observação no sentido de que é preciso grande esforço para redirecionar o comportamento ético dentro do SUS, e reconhece que essa questão precisa ser séria e corajosamente enfrentada pelos gestores. Destaca que é preciso desenvolver todos os aspectos da regulação do sistema, mas que isso depende de uma política a ser desenvolvida e não da norma em si, e que o processo de regulação é importante para estabelecer os contratos de gestão.

Seixas enfatiza que essa é uma política pública que deu certo, é includente, e que, portanto, os gestores devem ter cautela ao discutir mudanças: não se pode ser pessimista numa política pública tão séria como o SUS. Reconhece o avanço de inclusão no setor saúde, que tem sido crescente, gradativo e mais eficiente – portanto não se pode dizer que não avançou – e solicita aos gestores certo cuidado na análise que se faz do SUS.

Comentários Finais dos Autores

Dr. Luiz Roberto Barradas Barata

Concorda com Seixas sobre o cuidado para não parecer crítica severa a um sistema que faz muito, ainda que não na velocidade e ideal desejados. Ressalta que a elaboração de uma norma é um processo de construção importante. Entende que a questão do comando único e o repasse de recursos financeiros são os pontos que precisam ser mais bem definidos, seja na norma vigente, seja numa nova norma. Reconhece a necessidade de regulamentar o art. 35 da Lei no 8.080/1990. Enfatiza a necessidade de discutir o financiamento diferenciado para atender as necessidades epidemiológicas e de acesso (característica própria que traduz a realidade).

Dr. Fernando Martins Junior

Destaca que a NOAS condiciona a qualificação de microrregiões à necessidade de todos os municípios cumprirem as exigências estabelecidas e, portanto, havendo risco, para o município, de um poder concorrente. Defende um Estado forte no poder de gestão. Reconhece que na transição devem ser permitidos arranjos, desde que pactuados. Destaca que não considera que a identificação dos problemas do sistema signifique ter uma visão pessimista do SUS – mas reconhece que existem, de fato, problemas graves do sistema, como a questão de acesso. Entende que a NOAS/SUS não permitiu aprofundar os problemas, que foi elaborada em um momento muito impositivo do Ministério da Saúde e que os problemas foram se acumulando, pois não havia espaço para pactuação. Entende que em relação ao comando único, o município é gestor.

Dr. Eugênio Vilaça Mendes

Indica que há avanços e problemas graves que precisam ser avaliados. Os avanços devem ser vinculados a movimentos estratégicos e não a movimentos táticos. Diz que “é fundamental discutir o SUS que queremos”. Cita que, no mundo, há dois modelos a seguir: um segmentado e outro, universal público, o que é uma opção a ser feita. Destaca que o sistema privado, no Brasil, não é complementar. Enfatiza a necessidade de a população brasileira ser consultada sobre o modelo que deseja para si. Diz que é um equívoco a lógica, defendida por alguns, de um sistema para quem pode pagar, baseada na crença de que isso permitirá que sobre dinheiro para os pobres (segmentado). Enfatiza que essa discussão deve ser aprofundada, levando-a para o cidadão, que é quem pode decidir sobre qual sociedade quer construir. Entende que não haverá recursos sem a inclusão de toda a sociedade e que, enquanto a classe média estiver fora do SUS, não

haverá mais recursos para a saúde. Diz que o sistema de saúde tem um pecado original, que é orientado pela lógica da oferta, que direciona a organização do SUS, atualmente, enquanto o sistema deveria ser orientado pela lógica da demanda. Defende a mudança da norma e diz que várias questões não serão respondidas por ela. Sugere que o repasse de recursos financeiros deve ser global e ocorrer por meio de um contrato de gestão. Recomenda manter coerência entre os princípios do SUS e a operacionalização da norma.

1. O SUS que temos e o SUS que queremos - Eugênio Vilaça Mendes.

2. Análise do Processo de Implantação do SUS no Brasil e Propostas de Avanço com a Garantia dos Princípios Definidos Legalmente - Fernando Martins Júnior.

3. 15 Anos do SUS:

Desafios e Perspectivas - Luiz Roberto Barradas Barata, Oswaldo Yoshimi Tanaka e José Dinio Vaz Mendes.

4. O Papel do Gestor Estadual no Sistema Único de Saúde - Luiz Roberto Barradas Barata, Oswaldo Yoshimi Tanaka e José Dinio Vaz Mendes.

ANEXOS

O SUS que temos e o SUS que queremos

Eugênio Vilaça Mendes

Consultor em Desenvolvimento de Sistemas e Serviços
de Saúde

I. Introdução

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, o que configurou, num momento de “janela histórica” representado pela redemocratização do país, uma reforma sanitária do tipo big-bang (HAM, 1997). A partir daí, vem sendo, socialmente, construído num movimento de tipo incrementalismo lento, especialmente por meio de normas operacionais, consensadas pelos três níveis de governo e materializadas em Portarias Ministeriais.

A primeira norma operacional, NOB nº 01/91, editada pela Presidência do INAMPS, pela Resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991, foi escrita segundo a cultura flexneriana hegemônica daquela instituição de assistência médica. Assim, apesar de seu viés centralista, essa norma instituiu a transferência de recursos diretamente da União para os municípios, abrindo caminho para a municipalização dos serviços de saúde.

Seguiu-se a NOB 01/92, editada pela Portaria nº 234, de 7 de fevereiro de 1992, que manteve a estrutura da anterior e criou o Pró-Saúde, o Programa para a Reorganização dos Serviços de Saúde.

A IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em agosto de 1992, cujo Tema foi “A municipalização é o caminho”, marcou fortemente as normas operacionais subsequentes, especialmente a NOB 01/93, editada em 24 de maio de 1993. Essa norma operacional institucionalizou as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite criando, dessa forma, um sistema decisório compartilhado pelas diferentes instâncias federativas, ademais de impulsionar a municipalização através das habilitações em gestão incipiente, parcial e semiplena.

A NOB 01/96 consolidou a política de municipalização, estabelecendo o pleno exercício do poder municipal da função de gestor da atenção à saúde. Essa norma operacional instituiu a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica e redefiniu as responsabilidades da União e dos estados.

Por fim, instituiu-se a Norma Operacional da Assistência, a NOAS SUS 01/2002, de 27 de fevereiro de 2002.

A NOAS SUS 01/2002 procurou estruturar estratégias que transferiram o foco descentralizatório da municipalização para o de regionalização. Contudo, até agora, é uma norma que não pegou, como as anteriores. Tome-se, como exemplo, a dificuldade de habilitar as microrregiões de saúde.

Talvez, por isso, os Secretários de Saúde, na Carta de Aracaju, tenham proposto “uma nova norma voltada para a construção de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS, em substituição à Norma Operacional da Assistência à Saúde” (CONASS, 2003).

É preciso ter claro, entretanto, que a construção de uma normatividade nova é condição necessária, mas não suficiente para a superação dos problemas do SUS.

O fato é que o problema central do SUS não reside nas suas normas, mas na falta de resolução de seu dilema macroeconômico, que é o descompasso entre o SUS que queremos - o SUS constitucional, um sistema universal para todos - e o SUS que temos - o SUS real, um subsistema segmentado para os setores pobres da sociedade.

2. O SUS que temos

As leis que instituíram o SUS são de 1990; assim, o sistema público de serviços de saúde brasileiro está completando 14 anos, entrando, pois, em sua adolescência.

Os avanços obtidos são inegáveis. Nesses poucos anos, construiu-se um sólido sistema de serviços de saúde que presta bons serviços à população brasileira, especialmente aos pobres.

O SUS tem uma rede de 63.650 unidades ambulatoriais e de 5.800 unidades hospitalares, com 440 mil leitos. Sua produção anual é de 11,7 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 153 milhões de consultas médicas; 2,6 milhões de partos; 251 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade; e 23,4 mil transplantes.

O SUS tem uma avaliação positiva dos que o utilizam regularmente e tem capilaridade em todo o território nacional. Por tudo isso, é a política pública nacional que vem se afirmando como política de Estado e, não só, de Governo.

Mas apresenta, como qualquer adolescente, uma série de problemas que devem ser identificados e superados.

2.1 Qual SUS?

Há uma nítida diferença entre o SUS real e o SUS constitucional. Enquanto o SUS constitucional propõe um sistema público universal para todos os brasileiros, o SUS real vai se consolidando como um subsistema - dentro de um sistema segmentado -, destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados. Dessa forma, conformou-se um modelo segmentado, no qual convivem três grandes sistemas: o Sistema Único de Saúde (SUS), sistema público, destinado a 135 milhões de brasileiros que não têm acesso aos planos privados; o Sistema de Atenção Médica Suplementar, destinado a 35 milhões de brasileiros que pagam, por si ou através de empregadores, diferentes operadoras articuladas em modalidades assistenciais diversas; e o Sistema de Desembolso Direto, ao qual recorrem os brasileiros, ricos e pobres, para a compra direta de serviços. Em consequência, na prática social, o SUS, ao invés de um sistema universal, vai se implantando como segmento destinado aos pobres.

2.2 O Subfinanciamento do SUS

Os modelos segmentados de serviços de saúde são justificados por um suposto de que, ao se instituírem sistemas específicos para quem pode pagar, sobrariam mais recursos públicos para dar melhor atenção aos pobres. As evidências empíricas mostram que esse suposto é falso e que ocorre exatamente o inverso, quando se segmentam os sistemas de saúde. Assim, ao criar-se um sistema específico para os pobres, dada a desorganização social desses grupos sociais e sua baixa capacidade de vocalização política, esse sistema tende, sempre, a ser subfinanciado e a ofertar serviços de menor qualidade (MENDES, 2001).

O Brasil gasta pouco com o sistema de serviços de saúde e tem uma qualidade de gasto ruim.

O gasto sanitário total per capita do Brasil, em 2001, foi de S\$222,00, contra US\$ 603,00 do Uruguai e US\$ 679,00 da Argentina (Organización Mundial de la Salud, 2003). Isso mostra que o nosso país gasta pouco relativamente a outros países da América do Sul. Ademais, seu gasto tem uma qualidade ruim, o que pode ser atestado pela relação entre o gasto sanitário público e o gasto sanitário total. O gasto sanitário público do Brasil em relação ao gasto sanitário total foi, em 2001, de 41,6%; as evidências internacionais mostram que essa relação, nos sistemas públicos universais, deve ser superior a 70% (Organización Mundial de la Salud, 2003). A conclusão é de que o gasto público brasileiro com serviços de saúde é muito baixo.

Ainda que os recursos adicionais determinados pela Emenda Constitucional nº 29 devam ser saudados enfaticamente, é preciso ter clareza de que eles não são suficientes para dar conta da implantação do SUS constitucional; apenas, permitirão melhorar a qualidade dos serviços prestados ao segmento dos pobres.

A questão do financiamento decorre da visão de qual sistema se quer implantar (qual SUS?) e se materializa, na prática cotidiana, na luta entre as correntes universalistas e focalistas das políticas públicas de serviços de saúde. Universalistas pretendem dar a toda a população acesso aos serviços sanitariamente necessários, contribuindo, dessa forma, para a inclusão social; uma sociedade mais solidária na política de saúde é capaz de incrementar o capital social e, assim, ter um efeito dinamizador sobre outros setores da sociedade. Já os focalistas entendem que o papel do Estado nas políticas sociais é dar proteção aos mais pobres.

2.3 O foco na Gestão da Oferta

O SUS vem sendo constituído por meio de um enfoque na gestão da oferta dos serviços de saúde.

A experiência internacional de reformas sanitárias evidencia a inferioridade dos

sistemas planejados com base na oferta de serviços, em relação àqueles orientados pela demanda (SALTMAN, FIGUERAS E SAKELLARIDES, 1998).

No Brasil, todas as normas operacionais do SUS acolheram e consolidaram o foco na oferta, quando vincularam a habilitação dos municípios à existência física dos equipamentos de saúde em seu território. Isso é que define, na última norma, a gestão plena municipal e a gestão plena da atenção básica ampliada, tal como explicita: “com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços” (Ministério da Saúde, 2002). E, também, quando tipifica, como comando único, a gestão sobre o conjunto de serviços de saúde de seu território.

De outra forma, o foco na oferta está determinado pela sistemática de financiamento que se materializa na estratégia de “o dinheiro segue o gestor”. Isso significa que os recursos para a atenção à saúde dos cidadãos dos municípios satélites são transferidos para o gestor do município onde os serviços estão localizados.

É esse foco na oferta dos serviços de saúde que gera uma normalização complexa, estabelece fluxos complicados das pessoas e dos recursos financeiros e dificulta o pronto acesso a serviços eficientes e de qualidade.

Há que se reconhecer que, timidamente, o SUS implantou o subsídio à demanda, quando instituiu o Piso Assistencial Básico (PAB) e quando pretendeu financiar, por capitação, a atenção básica ampliada e a atenção mínima de média complexidade (M1).

2.4 A concepção hierárquica do Sistema de Serviços de Saúde

O SUS foi concebido na metade dos anos 80, do século passado, quando vigia uma concepção hierárquica de sistemas de serviços de saúde. Essa concepção, hegemônica àquela época, foi incorporada na legislação constitucional e infraconstitucional do SUS. Tal como se lê no Art. 198 da Constituição Federal: “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada” (Brasil, 1988).

Essa concepção hierárquica foi assumida pelas normas operacionais do SUS. Assim, a NOAS SUS 01/2002 propõe a organização de uma rede funcional regionalizada - módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões -, com base em territórios auto-suficientes em atenção primária à saúde, em atenção mínima de média complexidade (M1), em atenção de média complexidade (MC) e em atenção de alta complexidade.

Essa proposta decorre de uma visão do sistema de serviços de saúde como estrutura piramidal, organizado por níveis que são hierarquizados por suas complexidades relativas, indo da atenção primária à saúde, que seria a menos complexa, até a atenção terciária à saúde, que seria a mais complexa.

A concepção hierárquica é teoricamente equivocada e sua adoção tem, na prática

social, implicações muito graves. Porque o nível de atenção mais complexo é o da atenção primária à saúde; ele é, apenas, menos denso tecnologicamente. Resolver 90% dos problemas mais comuns, coordenar os fluxos e contra-fluxos no contínuo de pontos de atenção à saúde e responsabilizar-se pela saúde dos usuários é de extrema complexidade. Além disso, os profissionais de saúde, para exercer bem suas funções, devem ter domínio em campos cognitivos distintos, como a biologia, a medicina, a antropologia, a psicologia, etc.

A expressão primária, instituída para marcar o complexo princípio do primeiro contacto (STARFIELD, 2002), é interpretada, na concepção hierárquica dos sistemas de serviços de saúde, como algo muito simples que pode ser ofertado de qualquer forma. Essa visão prevalecente da atenção primária à saúde facilita a adoção de estratégias reducionistas do tipo da atenção primária seletiva (UNGER E KILLINGSWORTH, 1986) ou da atenção primitiva à saúde (TESTA, 1989) e reforça a visão político-ideológica da atenção primária à saúde como programa destinado a populações pobres, a quem se oferecem tecnologias simples e de baixo custo (MENDES, 1999). No mais, incentiva uma representação por políticos, por profissionais de saúde e pela própria população de uma atenção primária à saúde como algo muito simples, seja no plano material, seja no plano simbólico.

O resultado é uma banalização da atenção primária à saúde e sua baixa qualidade, o que vem acontecendo, infelizmente, no SUS, apesar dos esforços para sua melhoria em todos os níveis gerenciais do sistema público de serviços de saúde.

2.5 Uma normativa inadequada

O pecado original do SUS, sua fixação na gestão da oferta, gerou uma normatividade inadequada.

Além disso, a última norma, a NOAS SUS 01/2002, apresenta uma série de problemas que impedem que seus objetivos sejam atingidos.

2.5.1 O processo de elaboração

O SUS, em razão de sua precocidade, não conseguiu ainda articular e consolidar uma cultura regulatória própria, coerente com os princípios e diretrizes desse sistema. As doutrinas e práticas de regulação são fortemente influenciadas pela cultura inampsiiana, que insiste em perdurar, tal como, profeticamente, previ em texto preparado para justificar o fim do INAMPS (MENDES, 1993). Esse hibridismo cultural expressa-se numa normatividade extensiva, numa ponta de desconfiança nos processos de descentralização e numa fé inabalável nos mecanismos de planejamento e controle centralizados.

Como resultado processual dessa cultura regulatória surgem normas amplas e

minudentes, nem sempre redigidas na melhor técnica legislativa, de altíssima complexidade e de difícil interpretação operacional. Enfim, verdadeiras catedrais burocráticas.

Essas normas têm períodos de gestação e de experimentação extensos; em parte, isso se deve à natureza dos mecanismos decisórios do SUS, as Comissões Intergestores Bipartites. Essas Comissões constituem instrumentos importantes de compartilhamento e democratização de decisões no sistema público federativo do SUS. Mas, por outro lado, a necessidade de formar permanentemente consensos, num sistema decisório do tipo ganha-ganha, leva à composições de interesses complexos, que acabam por se cristalizarem nos textos das normas.

A sistemática processual de construção das normas operacionais está entranhada na NOAS SUS 01/2002, quando recolhe elementos do hibridismo cultural regulatório e apresenta texto extenso e complexo. O resultado final são páginas e páginas de normalização detalhada, profusão de neologismos e uma enorme burocratização.

2.5.2 O paradigma da Municipalização Autárquica

A evidência empírica internacional mostra que a proposta mais consistente de regionalização está em instituir, entre os níveis centrais e locais dos sistemas de serviços de saúde, uma instância mesorregional, tal como proposto por Mills, Bennet e Russel (2001), com o nome de distritos sanitários e, por Mendes (2001), como microrregiões de saúde.

Com base nessa evidência, a regionalização dos sistemas de serviços de saúde, na experiência internacional, faz-se através do paradigma da regionalização autárquica. Nesse paradigma, a instância de gestão de um sistema local de serviços de saúde é exercitada por uma mesorregião sanitária mais ou menos autônoma - uma entidade desconcentrada do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde -, que funciona como financiadora e reguladora do sistema. É o caso da Autoridade Sanitária, no Reino Unido; da Azienda, na Itália; do County Council, na Suécia; e do Distrito Sanitário, no Canadá. Nesse paradigma, hegemônico internacionalmente, o papel dos municípios, ou inexistente, ou é secundário, limitando-se a algumas ações de saúde pública.

Mas não foi esse o paradigma que o SUS adotou; aqui, privilegiou-se um modelo de descentralização através da municipalização. Nele, a gestão do sistema de serviços de saúde, no âmbito local, é responsabilidade dos municípios, ainda que com algumas competências concorrentes com a União e estados. Esse modelo organizacional da municipalização autárquica (MENDES, 2001), constitui a vertente polar da regionalização autárquica. Além do Brasil, só foi adotado na Finlândia, país que o abandonou ao instituir os Joint Comissions Boards (BENGOA, 1998).

A municipalização autárquica tem suas origens no federalismo municipal brasileiro, mas acentuou-se no SUS, em razão das normas operacionais básicas. E num

país onde 75% dos municípios têm menos de 20 mil habitantes, vem levando a uma forte fragmentação do SUS.

A NOAS SUS 01/2002 teve, como sua razão principal, superar os problemas de ineficiência e qualidade dos serviços determinados pela municipalização autárquica; infelizmente, não conseguiu seu intento, em razão dos equívocos de seu desenho.

2.5.3 A regionalização e o mau uso de seus fundamentos

A literatura internacional é abundante em mostrar que a regionalização dos sistemas de serviços de saúde faz-se em razão do uso correto de alguns conceitos: a economia de escala, a economia de escopo, as relações entre qualidade e economia de escala e o acesso aos serviços de saúde (MENDES, 2003).

Os serviços de saúde, como outras formas de produção econômica, podem ser organizados em arranjos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de atenção primária à saúde devem ser dispersos; ao contrário, serviços de maior densidade tecnológica tendem a ser concentrados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Os serviços que devem ser ofertados, de forma dispersa, são aqueles que não se beneficiam de economias de escala e de escopo, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade; diferentemente, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala e escopo, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso.

As economias de escala ocorrem quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades, e os custos fixos distribuem-se por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. As economias de escopo manifestam-se quando um determinado serviço de saúde aumenta a variedade dos equipamentos que podem ser utilizados numa mesma função (MCKEE E HEALY, 2000).

Uma singularidade dos serviços de saúde é que parece haver uma relação estreita entre escala e qualidade, ou seja, entre quantidade e qualidade. Essa relação estaria ligada a uma crença generalizada de que serviços de saúde ofertados em maior volume são mais prováveis de apresentar melhor qualidade; nessas condições, entre outras razões, os profissionais de saúde estariam mais bem capacitados a realizar os serviços de saúde (BUNKER, LUFT E ENTHOVEN, 1982). Por isso, os compradores públicos de saúde devem analisar o tamanho dos serviços e o volume de suas operações como uma proxy de qualidade.

A necessidade de operar sistemas de serviços de saúde, com eficiência e qualidade, tem levado alguns estudiosos a propor uma escala mínima populacional para organizar racionalmente esses sistemas; só a partir de uma determinada base

populacional, os sistemas de serviços de saúde poderiam operar com eficiência e qualidade e ratear adequadamente os riscos. Nesse sentido, Bengoa (2001) fala de uma escala mínima de 100 mil a 150 mil pessoas. Assim, também, alguns estudos sugerem que a escala ótima de unidades hospitalares estaria entre 100 a 450 leitos (ALETRAS, JONES E SHELDON, 1997).

O acesso aos serviços de saúde está em função de quatro variáveis: o custo de oportunidade da utilização dos serviços de saúde; a severidade percebida da condição que gera a necessidade de busca dos serviços; a efetividade esperada dos serviços de saúde; e a distância dos serviços de saúde. Outras condições sendo iguais, quanto maior o custo de oportunidade, quanto menor a severidade da condição, quanto menos clara a percepção da efetividade e quanto maior a distância, menor será o acesso aos serviços de saúde (CARR-HILL, PLACE E POSNETT, 1997).

O desenho das redes de atenção à saúde vai fazer-se numa relação dialética dos princípios de economia de escala, de economia de escopo e de qualidade com o acesso aos serviços de saúde. Quando houver um impasse entre esses princípios, prevalece o acesso. Por isso, no desenho de redes, há que se ter uma certa flexibilidade, especialmente, quando se trata de regiões de baixa densidade demográfica e de grandes distâncias entre os equipamentos de saúde.

A elaboração das normas operacionais do SUS parece ignorar esses fundamentos da regionalização e da estruturação das redes de atenção à saúde. Os resultados são a fragmentação e a perda de qualidade dos serviços de saúde. Aqui, também, a NOAS SUS 01/2002 não é responsável pelos problemas de eficiência e qualidade, mas suas normas não permitem superar esses problemas.

O paradigma da municipalização autárquica significou um incentivo para a expansão dos serviços municipais de saúde, dado que o enfoque de gestão da oferta, implicitamente, passa a mensagem de que, para alcançar uma forma superior de gestão municipal, dever-se-á instituir, no território municipal, o maior número de serviços de saúde.

A municipalização autárquica rompeu com os princípios de construção de redes de atenção à saúde e levou a uma extrema fragmentação dos serviços de saúde, do que decorreram significativas deseconomias de escala e de escopo e baixa qualidade dos serviços ofertados.

Os resultados do paradigma da municipalização autárquica no SUS são inquestionáveis.

A AMS/99 mostrou que, no período 1992/99, o número de estabelecimentos públicos cresceu 24,9%, enquanto que os estabelecimentos privados tiveram uma redução de 2,8%. Entre os serviços públicos em geral - com e sem internação -, destaca-se a participação dos estabelecimentos municipais que passaram de 69%, em 1992, para 92%, em 1999. Considerando apenas os estabelecimentos públicos com internação, a

participação da esfera municipal, em 1999, foi de 70%. No mesmo período de 1992/99, os leitos hospitalares, apesar de terem sofrido uma redução no seu número total, cresceram 3% no setor público e tiveram uma redução de 18,4% no setor privado (IBGE, 2000). O problema está em que essa expansão fez-se pelo incremento dos pequenos hospitais que operam sem escala sendo, portanto, ineficientes.

A perda de escala, decorrente da municipalização autárquica, leva à ineficiência e à baixa qualidade dos serviços, porque certos serviços, como os de atenção hospitalar e de apoio diagnóstico e terapêutico, para terem qualidade, necessitam de uma base quantitativa (MENDES, 2001).

A fragmentação do SUS não se restringe aos hospitais. A Microrregião de Baturité, composta por oito municípios, no Ceará, era um exemplo emblemático da fragmentação causada pela municipalização autárquica: havia oito hospitais que operavam com uma taxa de ocupação média de 22%; havia sete aparelhos de ultrasonografia, quando seriam suficientes apenas dois; e havia oito laboratórios de patologia clínica operando em deseconomia de escala e sem controle de qualidade (Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, 2000). Essa situação encontrada na Microrregião de Baturité está longe de constituir uma exceção no SUS tendendo, muito mais, a aproximar-se de uma regra geral.

2.5.4 A responsabilização difusa

O SUS foi concebido com uma intencionalidade clara, para concretizar-se como uma política pública democratizadora, para perseguir os objetivos da equidade, da universalização e da participação da comunidade. Infelizmente, a NOAS SUS 01/02 apresenta fragilidades que lesam gravemente o princípio da democratização das políticas de saúde.

Uma condição necessária para a democratização dos sistemas públicos de serviços de saúde é o princípio da responsabilização única, pelo qual os cidadãos sabem que existe um único, identificável e inequívoco responsável por sua saúde. No Reino Unido, é o Governo Federal e no Canadá, são as províncias.

A NOAS SUS 01/02 rompe com o princípio da responsabilização única, reforçando o princípio inverso, o da responsabilização difusa, no SUS. Essa norma aprofunda o princípio da responsabilização difusa ao transferir mais recursos e responsabilidades de gestão para os estados e ao manter mecanismos de transferência de recursos e de responsabilidades de gestão de um município a outro.

O comando único sobre a totalidade da oferta existente num município significa, na prática, que o município que fica sob a gestão plena da atenção básica ampliada perde a governabilidade sobre os recursos de média e alta complexidade. Esta é remetida ao governo estadual ou ao município em gestão plena do sistema municipal. Dessa forma, o Secretário Municipal de Saúde, ao programar as ações para outro município, perde sua

governabilidade sobre aqueles recursos, ficando à mercê de um termo de compromisso de garantia de acesso, de eficácia duvidosa. É emblemático que esse termo de compromisso não seja firmado entre o município gestor e o município satélite, mas entre aquele e a Secretaria Estadual de Saúde.

Assim, quando o Secretário Municipal de Saúde do município-satélite transfere os recursos da média e alta complexidade para o Secretário de Saúde do município-pólo ou para o Secretário Estadual de Saúde, está, em parte, desresponsabilizando-se pela saúde de seus munícipes. Ocorre que essa responsabilização foi definida nas eleições municipais e não pode ser delegada a outrem, em nenhuma circunstância. Além disso, os cidadãos, pela responsabilização difusa, têm dificuldades de dirigir suas demandas e pleitos e de exercitar o controle social.

Não raro, os municípios-pólo impõem, aos cidadãos dos municípios satélites, cláusulas de barreira que os impedem de ter acesso a determinados serviços.

Por tudo isso, a NOAS SUS 01/02 não contribui para a democratização do SUS e, na prática, transforma os cidadãos dos municípios satélites em subcidadãos sanitários.

2.5.5 A heteronomia Municipal

A NOAS SUS 01/02 ao definir, como critério de habilitação, a presença física de equipamentos nos municípios, teve de perpetrar uma acrobacia normativa, criando municípios em gestão plena do sistema municipal e em gestão plena da atenção básica ampliada.

Na prática, a norma divide os municípios em duas categorias, os que têm uma oferta extensiva de serviços de saúde e os que só oferecem serviços de atenção básica ampliada. Isso gera uma divisão perversa que institui municípios de primeira e segunda classes, consolidando uma indesejável heteronomia federativa.

Esse injusto tratamento dado aos municípios é resultado da visão míope da gestão da oferta, pela qual o que importa é a existência da oferta e, não, a possibilidade de gerir a demanda dos cidadãos pelos serviços, o que não depende da presença física dos equipamentos nos municípios.

2.5.6 A redução do objeto

A tradição normativa do SUS tem sido a de construir normas operacionais abrangentes. A NOAS SUS 01/2002 interrompeu essa tradição e fixou-se, exclusivamente na assistência à saúde.

Ainda que se possa hipotetizar sobre as razões institucionais que levaram a essa redução de objeto, o fato é que esse processo de normatização significou, na prática, um reforço da visão flexneriana e o fortalecimento dos procedimentos assistenciais em detrimento de uma concepção integral das práticas de saúde, inerente à concepção de saúde do SUS.

2.6 A fragilidade regulatória do SUS

O SUS apresenta significativa fragilidade regulatória. Isso decorre, de um lado, da falta de um alinhamento conceitual sobre o que é regulação e, de outro, da ausência de um marco regulatório próprio, já que muito do que se faz é herdado da cultura inamptiana de regulação.

A conceituação de regulação é paupérrima, tal como se depreende da análise da NOAS SUS 01/2002. E a concepção de regulação está contaminada pela cultura inamptiana dos anos 70 – uma mistura de flexnerianismo e centralismo -, do que resulta um hibridismo conceitual e operacional.

O SUS é frágil nas suas funções de regulação, especialmente na superintendência regulatória. A superintendência regulatória envolve uma série de instrumentos de gestão, como a certificação dos serviços de saúde, a avaliação tecnológica em saúde e o controle e avaliação dos sistemas e serviços de saúde. Como parte do sistema de controle e avaliação está a auditoria em saúde (MENDES, 2002b).

Uma análise situacional do SUS em relação à superintendência regulatória mostra que há uma certificação mais cartorial dos serviços de saúde; que não há avaliação tecnológica em saúde; que os instrumentos de controle são muito frágeis: ausência de sistemas de informação gerencial potentes, contratos inexistentes ou inadequados e auditoria em saúde muito deficiente, especialmente no que concerne à auditoria clínica; e pouca prática de avaliações rigorosas.

2.7 A Crise Hospitalar

O SUS apresenta uma gravíssima crise hospitalar que vem sendo, há tempo, empurrada debaixo do tapete.

Essa crise manifesta-se em três dimensões principais: a dimensão da escala, a dimensão gerencial e a dimensão do subfinanciamento.

A dimensão da escala mostra uma rede inadequada, fortemente marcada pela presença de pequenos hospitais. A situação da rede hospitalar do SUS, no Brasil, em 2001, era a seguinte: 36,5% com menos de 30 leitos; 21,7% de 31 a 50 leitos; 21,7% de 51 a 100 leitos; e apenas 20,1 com mais de 100 leitos (MENDES, 2002). Para efeitos de comparação, no Reino Unido, 80% dos leitos vinculados ao Serviço Nacional de Saúde estão localizados em hospitais de mais de 300 leitos (FERGUSON, TREVOR E SHELDON, 1997).

Esse quadro revela uma situação em que, contraditoriamente, há muitos hospitais e poucos hospitais de fato porque, como se viu anteriormente, a escala ótima está em hospitais de mais de 100 leitos. Há muitos hospitais pequenos e poucos hospitais

com escala e densidade tecnológica que os habilitem a enfrentar os eventos agudos de saúde. O resultado é uma atenção ineficiente e de má qualidade, já que há uma associação entre escala hospitalar e qualidade dos serviços prestados.

A segunda dimensão da crise hospitalar é a gerencial. Um estudo do BNDES (2002), feito em relação à rede filantrópica do SUS, mostrou os seguintes resultados da capacidade institucional: 0% avançada; 17% em desenvolvimento; e 83% incipiente. No mesmo estudo, verificou-se uma situação desfavorável para alguns indicadores de capacidade gerencial: presença de auditoria interna, 21,1%; existência de sistema de custos, 34,8%; existência de controle de estoques, 23,2%; utilização de banco de preços, 22,0%; e uso de gestão informatizada da assistência à saúde, 8,7%.

O resultado da ineficiência gerencial pode ser atestado pelas taxas de ocupação média dos hospitais do SUS; essa taxa, em 1995, foi de apenas 54%, tendo diminuído para 48%, em 1999 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Portanto, a taxa de ocupação dos leitos do SUS é muito baixa e declinante.

A terceira dimensão da crise hospitalar é a do subfinanciamento do custeio. Ela representa o fator central da crise, vez que influencia, direta ou indiretamente, as duas outras dimensões.

O problema, nessa dimensão, está em um suposto não explícito, o de que se pode remunerar os prestadores de serviços hospitalares abaixo de seus custos. Esse padrão remuneratório perverso vem sendo adotado, ao longo do tempo, e expressa-se na relação entre os custos dos serviços e os valores de remuneração estabelecidos na Tabela SUS. Esse padrão remuneratório é perverso em sua lógica, em sua dinâmica e em sua realidade atual.

A Tabela SUS apresenta uma estrutura de preços relativos muito inadequada. Sua lógica é de sub-remunerar fortemente os procedimentos cognitivos em relação aos procedimentos de tecnologia dura, especialmente aqueles ditos de alta complexidade.

Jannett (2002) fez uma comparação da tabela SUS com um **benchmarking** internacional, os valores pagos pelo Programa **Medicare**, na região metropolitana de Boston. Os valores adotados pelo **Medicare** americano, em termos relativos, não estão livres de distorções, mas vêm sendo constantemente equilibrados ao longo dos anos. Também, os valores absolutos pagos nos estados Unidos são sempre maiores que os praticados pelo SUS. Mas, aqui, o que importa analisar é a estrutura de valores relativos em ambos sistemas. Os resultados desse trabalho mostram uma relação perversa no SUS, onde os procedimentos cognitivos são extremamente desvalorizados frente aos procedimentos intensivos em tecnologias de produtos. Isso pode ser constatado pelos seguintes dados concernentes às relações entre os valores SUS e **Medicare**: consulta médica: 1/65; ressonância para fígado: 1/3; e transplante renal 1/2. A conclusão do autor é a de que as distorções da tabela SUS não encontram paralelo na experiência internacional e mostram uma desvalorização absoluta dos procedimentos intensivos em cognição.

Se a lógica de elaboração da tabela SUS levou a uma situação insustentável, a dinâmica tende a piorá-la ao longo do tempo. Um estudo do Ministério da Saúde (2001) mostrou os seguintes reajustes percentuais, de 1995 a 2001, na tabela SUS, para internações hospitalares: retirada de órgão para transplante: 300%; tratamento clínico da contusão cerebral: 113%; prostatectomia: 75%; insuficiência renal aguda: 51%; bronquite aguda: 48%; e crise hipertensiva: 47%.

Essa dinâmica explica-se pela atuação concomitante de vários fatores: o modelo flexneriano vigente na prática médica brasileira, que tende a priorizar as tecnologias mais densas; a pressão mercadológica das empresas multinacionais produtoras de bens de saúde; e os **lobbies** médicos, mais organizados nas especialidades que utilizam as tecnologias de maior densidade.

Como decorrência da estrutura de preços relativos da Tabela SUS e de sua dinâmica vai se perpetuando uma situação de subfinanciamento da rede hospitalar, muito grave.

Por meio de um estudo realizado, o Ministério da Saúde (2002b) comparou, em hospitais do SUS de diferentes estados brasileiros, os custos de 107 procedimentos e seus valores na tabela SUS, e mostrou uma grande defasagem, principalmente nos procedimentos de média complexidade, os mais intensivos em cognição.

O Comitê de Assuntos Estratégicos da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais aplicou esses valores nos procedimentos referentes a esses procedimentos selecionados em 2001 (Comitê de Assuntos Estratégicos, 2004). Nesse ano, foram realizadas 12.227.492 internações no SUS, das quais 7.648.531 foram pelos 107 procedimentos selecionados no estudo do Ministério da Saúde, o que significou 62,6% das internações totais. O gasto anual com as internações do SUS foi de R\$ 5,097 bilhões, sendo R\$ 3,099 bilhões com os procedimentos selecionados, 60,8% do total. Contudo, se fossem aplicados aos procedimentos os valores de custo do estudo do Ministério da Saúde, o valor a ser pago deveria ser de R\$ 9,180 bilhões. Isso significa que, somente para os 107 procedimentos selecionados, teria havido um déficit financeiro de R\$ 6,081 bilhões, mais que o total de gastos com internações no ano.

Vale ressaltar que, desse déficit total, R\$ 5,881 bilhões são relativos aos procedimentos ditos de média complexidade que, dessa forma, respondem por 96,7% do déficit. Isso parece justificar a ausência, no país, de uma rede hospitalar intermediária, com escala e qualidade, para dar suporte às redes de atenção à saúde do SUS, e parece reforçar a opção dos municípios em operar pequenos hospitais.

Hospitais privados contratados pelo SUS para superar o subfinanciamento, não raro, buscam empréstimos na rede bancária e, dessa forma, agrega-se à crise financeira uma crise de endividamento.

Esses resultados indicam uma gravíssima situação de subfinanciamento da rede hospitalar do SUS.

2.8 A baixa qualidade da Atenção Primária à Saúde

Não se pode negar que tem havido um esforço significativo de melhoria da atenção primária à saúde. O incremento do Programa de Saúde da Família (PSF), principalmente na extensão da cobertura, representa um esforço memorável.

Apesar de avanços indiscutíveis, o fato é que a atenção primária à saúde, no SUS, tem muito que melhorar, especialmente na sua qualidade. Isso pode ser verificado pela análise da morbidade hospitalar, da mortalidade infantil e do Pacto dos Indicadores de Atenção Básica.

Um dos indicadores mais potentes para medir a qualidade da atenção primária à saúde é o percentual das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial. Esse indicador capta aquelas condições que são internadas desnecessariamente ou que poderiam ser evitadas na presença de uma atenção primária à saúde, de qualidade (BILLINGS, ANDERSON E NEWMAN, 1996).

Estudo feito por Alfradique e Mendes (2002), examinando todas as internações do SUS, em 2001, mostrou que, de um total de 12.426.111 internações, 3.405.452 foram por condições sensíveis à atenção ambulatorial, o que significou 27,4% das internações totais. Essas internações desnecessárias ou evitáveis custaram, no ano, R\$ 1,036 bilhões de um gasto total de R\$ 6,675 bilhões, o que significa um gasto per capita/ano de R\$ 6,00. Dessas internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, 23,9% foram pneumonias bacterianas; 15,7%, gastroenterites infecciosas; 11,8%, insuficiência cardíaca, e 11,7%, asma.

A análise da mortalidade infantil aponta, também, para uma má qualidade da atenção primária à saúde. A mortalidade infantil, em 1997, foi de 37,5 por mil nascidos vivos, sendo as principais causas: causas perinatais, 56,8%; causas mal definidas, 12,6%; infecções respiratórias, 10,2%; diarreias, 8,1%; outras infecções, 5,6%. O exame dessas causas mostra que a grande maioria é sensível à atenção primária à saúde (MENDES, 2002).

Por fim, a baixa qualidade da atenção primária à saúde pode ser inferida do cumprimento do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica. Em geral, tem havido um baixo grau de cumprimento das metas pactuadas, nos estados brasileiros. Por exemplo, na Bahia, o cumprimento foi de menos de 50%, em nove indicadores; apenas três tiveram um cumprimento superior a 90% (TRAD ET ALII, 2002).

Entre as causas da má qualidade da atenção primária à saúde, incluem-se a concepção da atenção primária à saúde, a falta de sistemas eficazes de certificação, as deficiências qualitativas dos recursos humanos, a infra-estrutura física inadequada; insuficiência de medicamentos; e a precarização da força de trabalho.

Também, na atenção primária à saúde, manifesta-se o fenômeno do subfinanciamento, como sugere estudo do Ministério da Saúde (Consórcio FGV-EPOs,

2001). Os recursos disponíveis, hoje, são suficientes para dar conta de uma atenção primária à saúde para os mais pobres; são, contudo, insuficientes para suportar uma atenção primária à saúde de qualidade.

3. O SUS que queremos

O SUS que temos apresenta um conjunto de problemas que necessitam ser superados, para que o SUS constitucional possa concretizar-se. Ou seja, para que se implante o SUS que queremos.

Esses problemas, assim como suas soluções, situam-se em âmbitos distintos e carecem de ser enfrentados com uma clara estratégia que combine movimentos concomitantes nos planos macro e microeconômicos.

3.1 Um SUS para todos os brasileiros

A questão crucial que se coloca para o sistema de serviços de saúde, no Brasil, é esta: como evoluir de um sistema real, segmentado, no qual o SUS se estrutura para atender às demandas dos pobres, para um sistema universal público - consagrado na Constituição Federal -, onde o SUS deveria oferecer a todos os brasileiros, independentemente de gênero, idade, renda ou risco, com financiamento público, um conjunto de serviços sanitariamente necessários.

A evolução do sistema brasileiro de serviços de saúde vem mostrando que a universalização sonhada pelo movimento sanitário e assumida pela maioria de nossos constituintes transformou-se, na prática social, no pesadelo da segmentação.

É uma tarefa difícil, mas não impossível. Como adverte Hsiao (1995): "Transformar um sistema tão desigual será difícil. Além da oposição dos grupos privilegiados já segurados, as empresas de planos de saúde, uma vez estabelecidas, transformam-se em grupos de interesse bem financiados e ferozmente ativos que vão opor-se, de forma enérgica, a um seguro universal".

A reversão do sistema segmentado vigente, entretanto, ainda que difícil, pode ser viável pelas seguintes razões: o percentual de usuários desse sistema, no país, está em torno de 20%; a segmentação só está consolidada nos estados das regiões Sul e Sudeste e em algumas capitais de outros estados; há uma insatisfação difusa, real e potencial, com o sistema privado de planos de saúde, que envolve usuários, corporações médicas, profissionais de saúde, órgãos de defesa dos consumidores, etc; e o SUS conta com expressivo apoio dos seus usuários habituais, do Congresso Nacional, do Ministério Público, da Magistratura e da burocracia do Estado. Além disso, a segmentação do sistema de serviços de saúde no Brasil, ao contrário de outros países, como Estados Unidos e Chile, não foi deliberadamente planejada e transformada em lei; ela resultou de

efeitos indesejados na construção do SUS. Mais importante, em nosso país, a Constituição e a legislação infraconstitucional garantem a todos os brasileiros um sistema público universal, admitindo, apenas, uma complementaridade do sistema privado.

A estratégia de implantação do SUS universal terá como objetivo central a melhoria da qualidade de seus serviços, de modo a torná-lo atrativo para segmentos da população que, nesse momento, são forçados a utilizar os planos privados. Os movimentos táticos deverão prever uma melhoria da qualidade dos serviços-ponte, isto é, aqueles que, dificilmente, podem ser oferecidos pelas operadoras privadas e que podem amalgamar os interesses de segmentos de classe média com o SUS: serviços ditos de alta complexidade, medicamentos de dispensação em caráter excepcional, programas para idosos, programa de AIDS/DST, etc.

A complementaridade dos sistemas privados seria praticada em serviços que o SUS não oferecesse universalmente.

A solução desse dilema medular - segmentação ou universalização - não pode ser dada nos limites da técnica das soluções; ao contrário, envolve uma opção política a ser feita pelo conjunto da sociedade brasileira que, ao fim e ao cabo, estará decidindo que sistema quer e como vai financiá-lo, porque é nos sistemas de valores prevaletentes em nossa sociedade que esse dilema se resolverá. A questão de fundo está em sobre que valores se estruturará a sociedade brasileira: se em valores individualistas e auto-interessados ou se em valores solidários (MARMOR E BAR, 1992). Uns e outros formatarão o SUS do futuro. E a sociedade brasileira, ainda, não fez uma opção definitiva nesse campo.

3.2 O financiamento do SUS Universal

O dilema seminal entre o SUS universal e o SUS como segmento para os pobres (Qual SUS?) depende, para sua solução, do volume de recursos que se colocar para o financiamento do sistema público de serviços de saúde.

Essa decisão, no fundo, envolve, como se mencionou, duas posições polares: a dos focalistas, que pretende concentrar as ações do setor público nos setores mais pobres da sociedade, e a dos universalistas, que pretende erigir um sistema público para todos os brasileiros.

Uma estimativa dos recursos do SUS com o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 mostra um valor próximo a R\$ 57 bilhões, em 2004. Essa projeção é otimista, vez que muitos estados brasileiros estão com dificuldades de cumprir as determinações da emenda. Mesmo assim, os recursos dessa emenda não são suficientes para dar conta da implantação do SUS constitucional.

Uma análise dos sistemas públicos universais internacionais mostra que todos apresentam uma relação gasto sanitário público em relação ao gasto sanitário total superior a 70%. Essa relação é de 70,8%, no Canadá, de 86,2%, em Cuba, de 82,2%, no Reino Unido e de 85,2%, na Suécia. Enquanto, no Brasil, é de apenas 41,6% (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2003).

Conseqüentemente, para que se implante um SUS universal, há que se incrementar significativamente o gasto sanitário público, muito além dos valores propiciados pelo cumprimento da Emenda Constitucional nº 29. Pode-se estimar um valor adicional de R\$ 10 bilhões, em valores de 2004.

A questão do financiamento do SUS não deve ser discutida, somente, no campo de sua tecnicidade. Ela deve ser politizada, ou seja, levada ao conjunto da sociedade como parte de um processo de escolha entre as duas propostas do SUS. É a sociedade brasileira que deve decidir qual SUS teremos e, também, definir quanto está disposta a pagar por isso.

3.3 O foco na Gestão da Demanda

O pecado original da NOAS SUS 01/02, o enfoque na gestão da oferta, deverá ser superado pela adoção da gestão da demanda. Isso implicará alinhar o SUS à melhor doutrina internacional, na qual o foco da gestão dos sistemas de serviços de saúde está dirigido para o lado da demanda.

Do ponto de vista operacional, isso significará que o importante para a gestão dos sistemas de serviços de saúde não é ter serviços próprios num território político-administrativo, mas dar acesso a serviços eficientes e de boa qualidade aos cidadãos, independentemente de sua localização e de sua razão social, sob a efetiva gestão de quem é o responsável pela saúde dos cidadãos.

Um sistema voltado para a gestão da demanda exigirá a instituição e operacionalização de um cartão nacional de saúde. Poderá ser o Cartão SUS, que está em fase piloto, mas também poderá ser um cartão menos sofisticado, tal como existe em outros países e também em municípios brasileiros, como Curitiba que são menos custosos e não dependem de tanta infra-estrutura de telecomunicação.

3.4 A concepção de Rede Horizontal de Atenção à Saúde

A concepção piramidal, vigente na NOAS SUS 01/02, será substituída pela concepção de uma rede horizontal integrada de serviços de saúde, em que todos os pontos são importantes e formam um contínuo de atenção, ainda que se reconheça que há

diferentes densidades tecnológicas em cada um dos pontos de atenção à saúde.

Daí que não se operará com as categorias de atenção básica ampliada, de média e alta complexidade, mas por pontos de atenção à saúde, organizados em redes horizontais: os sistemas integrados de serviços de saúde.

O objetivo será desenvolver e implementar, em cada microrregião de saúde, um sistema integrado de serviços de saúde que articule os serviços de atenção primária e secundária à saúde. E que estes, por sua vez, estejam articulados, numa macrorregião, com os serviços de atenção terciária à saúde.

Mas essa forma singular de construção de redes de atenção à saúde – os sistemas integrados de serviços de saúde – tem a particularidade de que, nessas redes, há um centro de comunicação que orienta os fluxos e contra-fluxos das pessoas ao longo do contínuo de cuidados, papel representado pela atenção primária à saúde.

3.5 Uma nova Normativa

O SUS carece de uma normativa nova que supere os problemas mantidos e/ou criados pela NOAS SUS 01/2002.

A principais mudanças são as relacionadas, a seguir.

3.5.1 Uma norma simples

É preciso que a nova norma seja construída de forma simples, com elementos precisos e dentro da melhor técnica legislativa.

Só serão normatizados fatos essenciais para o funcionamento do SUS, do que decorrerá uma norma enxuta e inteligível.

3.5.2 O paradigma da Microrregionalização Cooperativa

Se a municipalização da saúde deve, necessariamente, ser radicalizada, o paradigma da municipalização autárquica esgotou-se, devendo ceder lugar ao paradigma da microrregionalização cooperativa. Isso se impõe porque a forma como o SUS vem sendo operacionalizado está levando a uma extrema fragmentação dos serviços de saúde, com deseconomias de escala e de escopo e perda da qualidade dos serviços.

Assim, há que se maximizar as vantagens da municipalização e minimizar suas desvantagens, para atingir o objetivo da microrregionalização cooperativa. Isso significará desenvolver e implementar sistemas microrregionais de serviços de saúde em que a lógica racional implicará uma descentralização dos serviços de atenção primária à saúde e a centralização relativa dos serviços de atenção secundária e terciária, para que se tenha economia de escala e de escopo e serviços de qualidade.

A cooperação terá duas dimensões: uma, de articular esforços comuns e de gerar

um excedente cooperativo pela ação solidária da União, estado e municípios, numa microrregião; outra, de constituir um marco conceitual, em que a cooperação é definida pela ação planejada dos entes federativos no espaço de uma microrregião e, não, pelo estímulo a mecanismos competitivos entre os diferentes prestadores de serviços.

A cooperação expressar-se-á, materialmente, na constituição, nas micro e macrorregiões, de Comissões Intergestores Bipartite Micro e Macrorregionais, que firmarão pactos constantes e os expressarão nas Programações Pactuadas e Integradas (PPI's).

3.5.3 A regionalização do Sistema e seus instrumentos

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) será feito por meio de regras mais precisas, mas mantendo-se os territórios municipal, microrregional, macrorregional e estadual.

O sistema de contratação municipal dos serviços de saúde estará constrangido dentro do território microrregional para os serviços de atenção secundária, e, dentro do território macrorregional, sempre que possível, para as ações de atenção terciária à saúde.

Para que o SUS possa operar com eficiência e qualidade, as microrregiões deverão ter um mínimo de 100 a 150 mil habitantes, o que corresponde, na experiência internacional, à escala mínima para operar sistemas de serviços de saúde econômicos e de qualidade. Essa escala mínima só será desobedecida em regiões de baixa densidade demográfica e de distâncias relativas muito altas que dificultem o acesso pronto aos serviços de saúde, a exemplo da Região Norte do país.

Os módulos assistenciais serão eliminados. Cada município deverá, obrigatoriamente ofertar, em seu território, os serviços de atenção primária à saúde. Os serviços de atenção secundária à saúde deverão ser contratados na microrregião, ofertados por prestadores, públicos ou privados, que cumpram padrões de densidade tecnológica e de qualidade pré-definidos e estabelecidos por sistemas de certificação rigorosos.

Uma certificação mais rigorosa impor-se-á, apesar de que o foco na gestão da demanda eliminará o incentivo implícito para a instituição de serviços nos territórios municipais, como condição de habilitação na gestão plena do sistema municipal. Será importante porque a transferência direta dos recursos federais e estaduais aos municípios poderá, por outro lado, significar um incentivo para os investimentos em serviços ali localizados.

Esse processo de certificação será fundamental para garantir economia de escala e de escopo e, por consequência, serviços de qualidade. Um hospital deverá ser, de fato, um hospital, com a estrutura para dar atenção de qualidade a eventos agudos. Da mesma forma, um laboratório de patologia clínica deverá ser, de fato, um laboratório capaz de produzir serviços de qualidade e com custos adequados; para isso, haverá que se

ter a coleta descentralizada nos municípios e o processamento centralizado na microrregião ou num conjunto de microrregiões.

Os serviços de atenção terciária serão contratados no município-pólo da macrorregião, mas serão geridos pelas Secretarias Estaduais de Saúde. A razão é dada pela necessidade de ratear os riscos referentes aos serviços de alto custo. Se mantiver a sistemática atual, em que os recursos para esses serviços são alocados em cada município, o acontecimento de eventos catastróficos ao azar poderão levar à insolvência financeira das Secretarias Municipais de Saúde. Pode-se delegar aos municípios de mais de 500 mil habitantes a gestão desses serviços de alto custo, mas só para os seus municípios.

Os recursos para a atenção terciária serão transferidos da União aos estados, onde ficarão numa subconta do Fundo Estadual de Saúde.

O Plano Diretor de Investimentos (PDI) será modificado em razão do novo desenho da microrregionalização. A adequação da oferta será feita por meio de dois mecanismos: um, via novos investimentos realizados em equipamentos estatais ou privados filantrópicos, com recursos públicos; outro, pela indução de investimentos privados, lucrativos e não lucrativos, para absorver a demanda agregada dos municípios. Nesse sentido, um pagamento mais adequado dos serviços aos prestadores privados poderá agir como estímulo aos investimentos próprios, sem que impliquem inversões públicas.

Dada a situação do SUS, um bom PDI deverá, além de aumentar os investimentos em novos equipamentos estrategicamente situados, gerar um movimento inadiável de conversão, descredenciamento e/ou fechamento de equipamentos sem escala e qualidade, especialmente hospitais e laboratórios de patologia clínica.

3.5.4 A responsabilização inequívoca

O SUS deverá ter um responsável inequívoco pela saúde da população.

Essa falta de um único e identificável responsável pelas ações e serviços de saúde é inerente à gestão da oferta e, no limite, em nosso país, é manifestada pela dúvida se o mosquito é municipal, estadual ou federal. Essa dúvida hamletiana vem, sempre, desqualificada pela afirmativa corriqueira de que não importa de quem é o mosquito, o que vale é resolver o problema. O que é totalmente errado porque, para a população, é fundamental saber, de forma inequívoca, de quem é a responsabilidade sobre o mosquito. Esta é uma condição necessária numa democracia para a solução dos problemas de saúde. Só assim poderão cobrar de seus governantes suas responsabilidades e criar uma ambiência propícia ao controle social.

O rosto único do SUS deverá ser o município. Ou seja, em quaisquer circunstâncias, o responsável pela saúde dos cidadãos será o Secretário Municipal de Saúde da cidade onde aqueles residem, não importa onde estejam sendo atendidos.

As razões da escolha dos municípios como os responsáveis pela saúde dos cidadãos são várias: a municipalização da saúde está no espírito da legislação do SUS; a municipalização da saúde legitimou-se e seria politicamente impossível revertê-la; os gestores locais são mais bem identificados e alcançados pelas demandas da sociedade; os gestores locais são mais proximamente controlados pela cidadania organizada em Conselhos de Saúde.

Pode-se argumentar, não sem razão, que uma parte significativa dos municípios brasileiros não disporá de capacidade institucional para exercer a responsabilidade única. Mas resolver isso envolve duas alternativas: uma primeira, reverter o movimento de municipalização voltando ao paradigma da regionalização autárquica, o que significaria reestadualizar ou refederalizar o SUS ou, outra, radicalizar a municipalização colocando, inequivocamente, sob responsabilidade dos municípios, as ações e serviços do SUS, para o que terão que se preparar gerencialmente. A segunda alternativa parece ser mais factível e viável.

Dessa forma, os municípios constituirão o rosto exclusivo do SUS e serão os responsáveis únicos pela saúde de seus cidadãos. Isso será mais democrático porque o Prefeito Municipal, através de seu Secretário Municipal de Saúde, é que deverá prestar contas do que realizou na saúde e ser julgado nas eleições municipais.

Uma exceção são as ações de atenção terciária cuja responsabilidade inequívoca será dos estados federados.

3.5.5 A isonomia Municipal

A mudança do foco na gestão da oferta para a gestão da demanda permitirá que se ponha fim à injusta divisão entre municípios de gestão plena do sistema municipal e de gestão plena da atenção básica ampliada.

Cada município brasileiro, independentemente de seu tamanho e número de habitantes, será responsável pela saúde de seus munícipes. Para isso, todos serão habilitados em gestão plena do SUS, exercitando-a através da gestão de contratos com os prestadores próprios (contratos internos) e com os prestadores terceiros, públicos ou privados (contratos externos).

A gestão da demanda implica que os prestadores poderão estar ou não no território municipal, serem ou não propriedade do município. O fundamental é que estejam conformando um sistema de prestadores articulados por contratos. A capacidade de gestão será dada pelas habilidades de financiar e regular, isso é, pela capacidade de exercer a função de compra de serviços de saúde através de contratos internos e externos com os prestadores de serviços.

Pode-se argumentar que faltará, principalmente aos municípios menores, uma capacidade institucional para exercer essa função de compra dos serviços de saúde. Isso poderá ser superado por sistemas de regulação microrregionais, compartilhados por vários municípios.

3.5.6 A ampliação do objeto da norma

A nova norma deverá ampliar seu objeto, além da mera assistência à saúde.

Assim, na mesma lógica da responsabilização única, da escala e da qualidade, haverá que se estruturar, nos espaços micro e macrorregionais, os sistemas de saúde coletiva: a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, a vigilância ambiental e a saúde dos trabalhadores; os sistemas de apoio: os sistemas de informação e os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico; e os sistemas logísticos: o sistema de transportes sanitários e a central de regulação, se for conveniente mantê-la.

Surgirá, então, a Norma do SUS, a NOS SUS 01.

3.5.7 Um novo fluxo financeiro

O fluxo financeiro atual será modificado radicalmente.

Haverá que se eliminar as diversas frações que constituem o financiamento federal vigente, substituindo-as por repasse direto, fundo a fundo, de um valor global per capita. A capacidade de articular políticas nacionais será expressa não em frações de recursos carimbados, tal como se faz atualmente, mas em contratos de gestão celebrados pela União com cada município. Os estados, também, deverão definir um valor global per capita para ser repassado, fundo a fundo, aos municípios. Os repasses federal e estadual serão feitos a partir de um valor per capita ajustado por estrutura etária e por gênero.

O comando único do sistema municipal não será dado pela presença territorial do conjunto de equipamentos de saúde, mas pela posse e manejo de todos os recursos financeiros do SUS pelo município, relativos às atenções primária e secundária à saúde. Os recursos relativos aos procedimentos de atenção terciária serão repassados da União aos estados, também por capitação.

O município, de posse dos recursos para as atenções primária e secundária – federal, estadual e dele próprio -, exercitará o financiamento sob o princípio “o dinheiro segue o cidadão”. Para isso, contratará, de si mesmo, os serviços que opera, e de terceiros, públicos ou privados, os serviços que não opera diretamente.

O pagamento dos serviços aos prestadores será feito pelos gestores municipais conforme os contratos previamente assinados, segundo normas que procurem estabelecer remunerações de acordo com as densidades tecnológicas e os custos dos diferentes prestadores ou por sistemas de pagamento captados de pacotes de serviços. Essas normas de pagamento aos prestadores seriam definidas pelo Ministério da Saúde e aprovadas na Comissão Intergestores Tripartite.

Pelo princípio de “o dinheiro segue o cidadão”, as pessoas, ao deslocarem-se de um município a outro, levam consigo o recurso para o prestador que as atende. Não conduzem, por certo, o recurso físico, mas uma autorização estabelecida em contrato, previamente assinado, entre o prestador e o Secretário Municipal de Saúde do seu município.

Dessa forma, os municípios não transferirão, a priori, recursos entre si. O que significa que o município satélite (até porque não haverá município satélite e satelitizador num sistema orientado pela demanda) não tem que transferir os recursos de seus munícipes para outro gestor municipal. Se o prestador não atende bem ao seu munícipe, o Secretário Municipal de Saúde, o responsável pela sua saúde, pode estancar imediatamente o fluxo de recursos para o prestador e, até mesmo, reorientá-lo para um outro prestador.

3.6 O fortalecimento da Regulação

Para fortalecer o SUS na regulação haverá que se dar a esse conceito uma formulação teórica mais sólida. Com base nessa formulação teórico-conceitual, haverá que se estruturar um marco regulatório próprio do SUS, superando definitivamente a cultura inampiana de regulação.

A regulação é uma das funções essenciais da saúde pública, ao lado do financiamento e da prestação de serviços. Portanto, a regulação é tudo que não é financiamento e prestação de serviços. Infelizmente, no SUS, opera-se com uma visão restrita de regulação - algo ligado a mecanismos de controle de fluxos assistenciais -, que a apequena.

A regulação faz-se, nos sistemas de serviços de saúde, de quatro formas: a regulação social, o modelo democrático; a auto-regulação, o modelo corporativo; a regulação mercadológica, o modelo econômico; e a regulação estatal, o modelo tecnocrático (LOMAS E CONTRANDRIOPOULOS, 1994). Assim, a regulação que cabe ao SUS é a regulação estatal.

A regulação estatal manifesta-se nos sistemas públicos de serviços de saúde quando o Estado, investido de seu papel de mediador coletivo, exercita um conjunto de funções para direcionar o sistema no sentido do cumprimento de seus objetivos e para definir, implantar, controlar e avaliar suas políticas, de forma a ordenar o comportamento dos atores sociais em situação e a satisfazer as demandas, necessidades e expectativas da população. Portanto, a função de regulação estatal exercita-se em três âmbitos: no âmbito da reitoria do sistema, no âmbito da normalização do sistema e no âmbito da superintendência do sistema.

Haverá que se reforçar especialmente a função de superintendência regulatória do SUS, o que envolve a certificação, a avaliação tecnológica em saúde, o controle dos serviços de saúde e a avaliação dos serviços de saúde. E, como parte do controle dos serviços de saúde, a auditoria em saúde.

A certificação consiste na validação e revalidação periódicas das estruturas e processos dos serviços de saúde, a partir de sua contrastação com padrões de boas

práticas, previamente estabelecidos. A avaliação tecnológica é a investigação das conseqüências clínicas, econômicas e sociais da incorporação e uso da tecnologia em saúde. O controle dos serviços de saúde consiste no trabalho de monitoramento contínuo dos objetivos quantitativos e qualitativos pré-definidos em planos e contratos, em termos de estrutura, processos e resultados, com vistas ao aprimoramento da eficiência, da efetividade e da qualidade. A avaliação dos serviços de saúde consiste numa intervenção não contínua sobre os serviços de saúde de modo a analisar explicações alternativas ou utilizar múltiplas linhas de evidências, em geral, com a utilização de métodos de pesquisa avaliativa.

Será preciso superar a cultura cartorial de certificação das estruturas e processos do SUS. Esse trabalho, normalmente realizado pelas Vigilâncias Sanitárias, deverá ser feito como parte de um programa de melhoria da qualidade do SUS.

Será necessário implantar, em cada Secretaria Estadual de Saúde, uma unidade de avaliação tecnológica em saúde que controle a incorporação e o uso das tecnologias utilizadas no SUS. Essa unidade deverá ter o suporte necessário da avaliação econômica dos serviços de saúde.

Os sistemas de controle deverão ser fortalecidos. Para isso, é necessário que as organizações reguladoras desenhem e operem sistemas gerenciais potentes. Esses sistemas gerenciais terão que avaliar os resultados esperados - a função fundamental do controle -, para o que é imprescindível construir e operar os sistemas de informação gerenciais. Ademais, será preciso desenvolver e implantar contratos eficazes com todos os prestadores de serviços.

Como parte inerente ao controle, haverá que se reforçar a auditoria em saúde. Para isso, terá que ser superado o foco vigente na auditoria de sistemas. Essa auditoria deverá continuar a ser realizada, mas o foco essencial estará na auditoria clínica. Para tanto, deverão ser incorporadas, na rotina diária das organizações reguladoras do SUS, as tecnologias de auditoria clínica: tecnologias de gestão do uso dos serviços de saúde (revisões prospectivas, concomitantes e retrospectivas), a perfilização clínica, a apresentação de casos, a revisão dos eventos sentinela e os surveys (ROBINSON e STEINER, 1998).

Por fim, estudos avaliativos mais rigorosos deverão ser realizados periodicamente.

Para que se possa reforçar a regulação, deverá se instituir um corpo estável de reguladores de serviços de saúde, no Ministério da Saúde e nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Para isso, será necessário considerar a função de regulação dos sistemas de serviços de saúde como uma função típica de Estado, do que decorrerão a construção de carreiras sólidas e a oferta de salários dignos.

3.7 A melhoria da Atenção Hospitalar

A melhoria da atenção hospitalar será obtida por um conjunto orgânico de medidas racionalizadoras e por uma luta política em relação ao financiamento.

Haverá que se promover uma reestruturação da rede hospitalar brasileira para que opere com economias de escala e de escopo e com qualidade. Para isso, dois movimentos são fundamentais. De um lado, haverá que se reestruturar os pequenos hospitais de forma a transformá-los em unidades de atenção primária à saúde; essas unidades ambulatoriais expandidas deverão continuar, por motivos políticos, a ser denominadas de hospitais. De outro, haverá que se induzir, com políticas de financiamento, a institucionalização de hospitais secundários nas microrregiões de saúde, para dar suporte às redes de atenção à saúde.

Haverá, também, que se desenvolver um programa de melhoria gerencial dos hospitais, voltando-o, principalmente, para a rede de hospitais secundários microrregionais. Esse programa envolverá recursos para a aquisição de hardwares e softwares para o desenvolvimento gerencial, prestação de cooperação técnica e uma política agressiva de formação de gestores hospitalares, a ser desenvolvida com as universidades.

Para contrapor-se às internações indevidas, dois movimentos são necessários: a melhoria da qualidade da atenção primária à saúde, que reduzirá as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, e o fortalecimento da auditoria clínica, através da incorporação das tecnologias de gestão de uso dos serviços hospitalares.

Por fim, haverá que se superar o grave subfinanciamento da atenção hospitalar do SUS, denunciando e superando a mentira de que se pode prestar serviços abaixo de seus custos. Aqui, é urgente lutar pela revisão dos valores da tabela SUS relativa à atenção hospitalar.

3.8 A melhoria da Atenção Primária à Saúde

A melhoria da atenção primária à saúde passará por uma mudança ideológica com a superação da concepção hierárquica do sistema de serviços de saúde. Será preciso reverter essa visão hegemônica da atenção primária à saúde como coisa simples que pode ser feita de qualquer forma, de modo a satisfazer as expectativas dos mais pobres.

Como consequência, a atenção primária à saúde deverá ser entendida como parte de uma rede horizontal de serviços de saúde - o sistema integrado de serviços de saúde - constituindo seu centro de comunicação e cumprindo as funções de resolução, coordenação da atenção e responsabilização pela saúde das pessoas e das famílias.

Os esforços para consolidar o Programa de Saúde da Família (PSF) deverão ser incrementados. Para tal, haverá que se ter uma meta de cobrir 70% dos brasileiros nos

próximos anos e buscar o cumprimento de seus princípios: o primeiro contacto, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, o foco na família e a orientação comunitária (STARFIELD, 2002).

Paralelamente, haverá que se buscar mecanismos de incremento da qualidade da atenção primária à saúde.

A certificação e recertificação periódicas das equipes do PSF devem ser rotinizadas.

Haverá que se fazer um esforço grande na capacitação dos recursos humanos. Além das estratégias educacionais já existentes, curso introdutório e cursos de especialização, outras capacitações deverão ser oferecidas. É preciso fortalecer estratégias educacionais que sejam efetivas no processo de institucionalização do PSF. Um programa agressivo de residência em saúde da família deverá ser implantado e, paralelamente, deverão ser ofertados sistemas de educação permanente tutorial nas microrregiões de saúde do país.

Deverá haver mudanças na política de medicamentos para a atenção primária à saúde. A concepção de medicamentos essenciais - coerente com políticas de focalização nos pobres - deverá ser substituída por uma lista de medicamentos necessários a uma atenção primária à saúde de qualidade. Essa lista ampliada deverá ser construída com base nos protocolos de atenção primária à saúde, propostos pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

Eventual programa de aquisição subsidiada de medicamentos deverá ser rechaçado fortemente, por ser contrário ao espírito do SUS. Ele expressa uma política pública de cost-sharing, que é extremamente regressiva e que visa à contenção da demanda; ademais, pode representar um ensaio de co-financiamento, que poderá ser estendido a outros campos dos serviços de saúde.

Haverá que se instituir um programa de desprecarização do trabalho no PSF, criando formas mais modernas de contratação e desenvolvimento dos recursos humanos. Para isso, deverão ser desenvolvidas ações como: elaboração do cadastro do trabalho em saúde; monitoramento da substituição do trabalho precarizado; criação de incentivos para a desprecarização do trabalho na atenção primária à saúde; e estímulo a incentivos por produtividade, cobertos por contratos de gestão.

Para responder à má qualidade da rede física da atenção primária à saúde, deverá ser instituído um programa de investimentos, com financiamento para os municípios melhorarem a infra-estrutura física da atenção primária à saúde. Para isso, as Secretarias Estaduais de Saúde deverão elaborar e difundir um programa arquitetônico para as unidades básicas de saúde. Esse programa de investimentos deverá ser financiado pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

Por fim, o subfinanciamento da atenção primária à saúde deverá ser superado para que se possa prestar uma atenção de qualidade. Nesse sentido, ajudará bastante a criação, pelas Secretarias Estaduais de Saúde, de incentivos estaduais para o PSF.

4. Conclusão

O SUS, surgido num movimento de reforma tipo big bang, vem sendo implementado por meio de movimentos de incrementalismo lento expressos operacionalmente nas normas operacionais básicas e, mais recentemente, na NOAS SUS 01/2002.

Através desses movimentos, implantou-se no país um sistema público de serviços de saúde de dimensões enormes, que presta bons serviços à população mais pobre. E o SUS vem se consolidando como um segmento para os pobres, junto com mais dois outros segmentos privados: o sistema de atenção médica complementar e o sistema de desembolso direto, ambos privados.

Conseqüentemente, instalou-se um dilema entre o SUS real, o SUS que temos, um segmento para os brasileiros pobres, e o SUS constitucional, o SUS que queremos, um sistema de serviços de saúde universal.

Esse dilema macroeconômico está na base dos problemas que o SUS, depois de seus quase 14 anos de existência, vem apresentando. Concretamente, esse dilema explicita-se no volume de recursos que a sociedade brasileira coloca para o SUS e materializa-se na luta entre os focalistas e os universalistas nas políticas públicas de serviços de saúde.

Por isso, os problemas do SUS não serão resolvidos exclusivamente por meio de uma nova norma, porque isso estaria limitado aos marcos de uma tecnicidade necessária, mas insuficiente. Ao contrário, depende de uma solução política, porque se deverá discutir qual SUS a sociedade brasileira quer e quanto está disposta a pagar por ele.

Compreendido esse dilema seminal, o SUS apresenta os seguintes problemas: o subfinanciamento, o foco na gestão da oferta, a concepção hierárquica do sistema público de serviços de saúde, a norma inadequada, a fragilidade regulatória, a crise da atenção hospitalar e a baixa qualidade da atenção primária à saúde.

Será preciso, portanto, desenhar e implantar estratégias que permitam superar esses problemas, nessas distintas dimensões, até mesmo instituindo uma nova norma, a Norma do SUS. Só assim, teremos um SUS mais democrático, mais justo, mais eficiente e com maior qualidade.

Esta é a singela proposta que se apresenta para uma reflexão dos que pretendem transformar o SUS que temos, o SUS dos pobres, num SUS que queremos, um verdadeiro sistema único de saúde para todos. Assim, dever-se-á realizar o sonho do movimento sanitário e dos constituintes brasileiros.

5. Referências

ALETRAS, V., JONES, A & SHELDON, T.A – Economies of scale and scope. In: FERGUSON, B., SHELDON, T.A & POSNETT, J. – **Concentration and choice in health care**. London, Financial Times Healthcare, 1997.

ALFRADIQUE, M.E. & MENDES, E.V. – **Internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial**. Belo Horizonte, Nota Prévia, 2002.

BENGOA, R. – **Finlandia: experiencia de la municipalización de los servicios de salud**. Vizcaya, Banco Mundial, 1998.

BENGOA, R. – Questões teórico-conceituais e resultados já obtidos em países que adotaram a separação de funções de financiamento e provisão de serviços de saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE/BANCO MUNDIAL – **Seminário a separação do financiamento e da provisão de serviços no Sistema Único de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

BILLINGS, J., ANDERSON, G. & NEWMAN, L. – **Recent findings on preventable hospitalization**. Health Affairs, 15: 239-249, 1996.

BNDES – **Hospitais filantrópicos no Brasil**. Rio de Janeiro, BNDES, 2002.

BRASIL – **Constituição Federal**, 1988.

BUNKER, J.P., LUFT, H.S. & ENTHOVEN, A – **Should surgery be regionalised?** Surgical Clinics of North America, 62: 657-668, 1982.

CARR-HILL, R., PLACE, M. & POSNETT, J. – Access and utilization of healthcare services. In: FERGUSON, B., TREVOR, A S. & POSNETT, J. (Editors) – **Concentration and choice in healthcare**. London, FT Healthcare, 1997.

COMIT DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS – **A crise hospitalar e o subfinanciamento da atenção hospitalar do SUS em Minas Gerais**. Belo Horizonte, Nota Técnica n.º 18/P, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004.

CONSÓRCIO FGV-EPOS – **Determinação e avaliação do custo do Programa de Saúde da Família.** Brasília, Ministério da Saúde,/REFORSUS, 2001.

FERGUSON, B., TREVOR, A S. & POSNETT,J. – Introduction. In: FERGUSON, B., TREVOR, A S. & POSNETT,J. (Editors) – **Concentration and choice in healthcare.** London, FT Healthcare, 1997.

HAM, C. – Lessons and conclusions. In: HAM, C. (Editor) – **Health care reform: learning from international experience.** Buckingham, Open University Press, 1997.

IBGE – **Estatísticas de saúde: assistência médico-sanitária.** Rio de Janeiro, IBGE, 2000.

JANETT, R.S. – **Medium and high complexity medical care in Bahia, Brazil.** Salvador, World Bank, 2002.

LOMAS, J. & CONTRANDRIOPOULOS, A P. – Regulating limits to medicine: towards harmony in public and self-regulation. In: EVANS, R.G., MORRIS,L.B. & MARMOR, T.R. (Editors) – **Why are some people healthy and others not? The determinants of health of population.** New York, Aldine de Gruyter, 1994.

MARMOR, T.T. & BAR, M.S. – **Making sense of the national health care debate.** Yale Law and Policy Reviews, 10: 228-282, 1992.

McKEE, M. & HEALY, J. – **The role of hospital in a changing environment.** Bul. World Health Organization, 78: 803-810, 2000.

MENDES, E.V. – **A crônica de uma morte anunciada ou nascimento, paixão, morte e ressurreição do INAMPS.** Brasília, OPAS, 1993.

MENDES, E.V. – **Uma agenda para a saúde.** São Paulo, Ed. HUCITEC, 2ª. Ed., 1999.

MENDES, E.V. – **Os grandes dilemas do SUS.** Salvador, Casa da Qualidade, Tomo II, 2001.

MENDES, E.V. – **A atenção primária no SUS.** Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E.V. – **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam**

saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002b.

MENDES, E.V. – **Reflexões sobre as NOAS SUS 01/02.** 1º Seminário para construção de consensos: organização, gestão e financiamento do SUS. Brasília, CONASS, 2003.

MILLS, A , BENETT,S. & RUSSEL,S. – **The challenge oh health sector reform: what must governments do?** Houndmills, Palgrave Publ.Ltd., 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Assistência hospitalar no SUS.** Brasília, SAS/MS, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Relatório sobre as revisões da tabela SUS.** Brasília, MS/SAS, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Norma operacional da assistência à saúde.** Brasília, MS/SAS, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Apuração dos custos de procedimentos hospitalares: alta e média complexidade.** Brasília, MS/REFORSUS RFP nº 003/99, 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – **Informe sobe la salud en el mundo, 2003: forjemos el futuro.** Ginebra, OMS, 2003.

ROBINSON,R. & STEINER, A – **Managed health care.** Buckingham, Open University Press, 1998.

SALTMAN, R.B., FIGUERAS, j. & SAKELLARIDES, C. (Editors) – **Critical challenges for health care reform in Europe.** Buckingham, Open University Press, 1998.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ – **Sistema microrregional de serviços de saúde de Baturité.** Fortaleza, SESA, 2000.

STARFIELD, B. – **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TESTA, M. – **Pensar en salud.** Buenos Aires, OPS/OMS, 1989.

TRAD, L. A B. et alii – **A reestruturação da atenção básica a partir do programa de saúde da família: uma avaliação qualitativa.** Salvador, Banco Mundial, 2002.

UNGER, J.P. & KILLINGSWORTH, J. – **Selective primary health care: a critical view of methods and results.** Science and Medicine, 22: 1001-1013, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **The world health report 2000: health systems, improving performance.** Geneva, WHO, 2000.

**Análise do Processo
de Implantação do SUS
no Brasil e Propostas
de Avanço com a Garantia
dos Princípios
Definidos Legalmente**

Fernando Martins Junior

Consultor do Ministério da Saúde.

I. Introdução

As últimas décadas do século XX foram marcadas por importantes discussões e propostas de reformulação dos Sistemas de Saúde, tanto em países ricos como em vias de desenvolvimento. No Brasil, a luta por saúde como um direito ganha destaque já em 1963, quando da realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde, na qual se definiu o direito de todos à saúde e a municipalização como o caminho para implantá-lo. O caminho apontado na 3ª Conferência foi interrompido pelo Golpe Militar e pelo período de ditadura que se seguiu.

No final da década de 70, com os encontros do movimento sanitarista, é retomada a discussão sobre a reforma do sistema de saúde brasileiro. A Reforma Sanitária ganha impulso com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando, com respaldo da sociedade civil, técnicos, prestadores, administradores e representantes do legislativo, consolidam-se as propostas que acabam servindo como diretrizes para as definições constitucionais da Carta de 1988.

Na Constituição de 1988, consegue-se garantir uma série de avanços para o Sistema de Saúde brasileiro, definindo-se um modelo baseado na concepção de saúde como qualidade de vida, conquistada por meio de políticas econômicas e sociais que tenham como fim a Universalidade, Equidade e Integralidade e baseado na perspectiva de um Estado Democrático, com o sistema organizado de forma descentralizada, articulado em redes regionais e com garantia de participação da comunidade através do controle social. É notório que, no campo da saúde, os avanços conquistados na Constituição Federal são muito mais profundos que em outras áreas, o que só foi possível pela mobilização da sociedade civil e do movimento sanitário articulado pela Plenária Nacional de Entidades.

Depois da promulgação da Constituição, segue um período de intensa disputa para que fosse possível, através da legislação infraconstitucional, garantir os avanços para a reforma sanitária. O arcabouço legal para a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS – consolida-se com as leis 8080 e 8142, porém sua real efetivação continua a ser disputada, entrando-se no período de edição de Normas Operacionais e Portarias, definido por Goulart como o processo de “esculpir o SUS a golpes de portaria”. Além da excessiva normatização do período que se segue à Constituição é marcado por vários movimentos que tentam desvirtuar a proposta do SUS, na maioria das vezes através de estratégias que buscam a recentralização do sistema.

Nesse período transitou-se na NOB 01/91, passando pela NOB 93 e NOB 96, culminando com a discussão da Norma Operacional da Assistência e, em 2002, a edição da NOAS 01/2002.

Apesar de todos esses movimentos, é certo que já se conseguiu transitar de um modelo de assistência à saúde baseado no princípio contributivo e centralizado para a implantação de um modelo em que o direito legal de acesso gratuito a ações e serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade, é universal e descentralizado. Mesmo que não haja consenso sobre quando se iniciou ou concretizou a reforma da saúde no Brasil, é certo que ela já aconteceu. Portanto, as discussões sobre o Sistema Único de Saúde não podem mais apontar a direção da avaliação de um processo de reformas, mas, sim, discutir quais os ajustes necessários à gestão de uma política que possui uma série de instrumentos institucionalizados e que trouxe uma série de avanços à qualidade de saúde do povo brasileiro.

A mudança de paradigma representada pelo SUS deve ser garantida por meio da preservação e reforço de seus princípios e diretrizes, tanto doutrinários: Universalização, Equidade e Integralidade, como organizacionais: Descentralização, Regionalização e Controle Social. Portanto, a revisão de instrumentos não pode mudar os objetivos estabelecidos legal e politicamente.

Mesmo com a garantia de um arcabouço legal como sustentáculo jurídico e de uma série de avanços na institucionalização do SUS, 15 anos depois da promulgação da Constituição Brasileira, um dos marcos da reforma sanitária, o desafio da gestão, ainda, é criar uma rede descentralizada de ações e de serviços, com acesso universal, com comando único em cada esfera de governo, voltada à atenção integral, permeável ao controle social e capaz de dar respostas às reais necessidades e aos problemas da população. O enfrentamento desse desafio, com a manutenção dos princípios gravados legalmente, exige dos gestores a capacidade de operar em realidades distintas e com peculiaridades locais, nas quais devem-se organizar as forças técnicas, políticas e administrativas, na busca de arranjos e pactuações que propiciem a criação dessa rede.

Para tanto, deve haver disposição para mudar a configuração formal das instâncias e dos fluxos de gestão, tornando-os mais eficientes, transparentes e permeáveis ao controle social, definir fontes suficientes e estáveis de recursos financeiros para a saúde, estabelecer relações horizontais com as demais esferas de governo, definir critérios técnicos que respondam às prioridades da política de saúde e definir meios e instrumentos de acompanhamento, controle e avaliação que possam medir a eficácia no uso dos recursos. Tal movimento implica rever os modos tradicionais de organizar os sistemas de saúde, baseados em normas rígidas, modelos fixos e fluxos centralizados.

A mudança de governo, no ano de 2003, com a eleição de um partido oriundo do movimento popular e democrático, e as mudanças no Ministério da Saúde, com a ascensão de um grupo ligado profundamente ao movimento sanitário e ao processo de gestão, tanto estadual como municipal, trouxeram várias expectativas para as pessoas vinculadas ao SUS. É inegável que o Ministério da Saúde, por seu peso no financiamento do sistema, bem como pelo papel de “regulador” dos governos locais, através do controle

do financiamento e dos mecanismos de coordenação intergovernamental, além da capacidade de modificar o processo normativo que historicamente, conduziu os avanços do sistema, tem papel fundamental para a radicalização na implementação do SUS.

O primeiro ano da gestão atual do Ministério da Saúde já produziu e apontou uma série de mudanças. A mudança na estrutura organizacional do Ministério, com a tentativa de instituir um “Ministério Único da Saúde”, que seja responsável pela condução global da política setorial, a ampliação do espaço de atuação da Comissão Intergestores Tripartite, com maior respeito às prerrogativas e autonomia dos demais entes federados e o fortalecimento do Conselho Nacional de Saúde e a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, indicando a garantia do Controle Social, apontam nessa direção.

Também, podem ser destacadas outras ações positivas da efetivação do SUS: o aumento do valor do PABA; a ampliação do financiamento para a saúde da família; a política de atenção às urgências e emergências; a revisão da tabela SUS; a extensão à rede pública do aumento no valor das consultas especializadas; o PROESF; a revisão dos tetos financeiros estaduais; a mesa nacional de negociação do SUS; os pólos de educação permanente. Entretanto, ainda há muito a ser feito. Permanece o PSF quase como forma exclusiva e vertical de organização da atenção básica, não houve regulamentação do artigo 35 da Lei 8080/90 que define critérios para repasse de recursos a estados e municípios, as formas de gestão, ainda, não dão conta da construção da integralidade, os avanços na instituição de instrumentos e estratégias de controle avaliação e regulação ainda são incipientes.

Muitas questões, ainda, merecem reflexões e definições, ou redefinições, para que se possa aprofundar o processo de implementação do SUS. A radicalização do processo de descentralização, a garantia do comando único, o entendimento do papel dos diversos entes federados, o processo normativo do SUS, a regionalização da atenção à saúde, a regulação como função de gestão e a construção de estratégias de apoio e cooperação técnica são assuntos que se mantêm na agenda de prioridades e que ganham importância no momento em que se constroem possibilidades de revisão da NOAS SUS 01/2002.

Todas essas questões devem ser pensadas na perspectiva de garantir, ampliar, qualificar e humanizar o acesso dos cidadãos brasileiros à rede de ações e serviços de saúde. Pesquisa do CONASS, realizada em 2002, comparada com pesquisa anterior, realizada em 1998, indica diminuição no percentual de entrevistados que apontam melhoria nos serviços do SUS, e que permanece ainda, como um dos grandes problemas do sistema, o tempo de espera para atendimentos, tanto em filas como para agendamento de consultas especializadas, o que leva a supor que as ações deveriam estar direcionadas a dar maior resolutividade aos sistemas locais de saúde, além de apontar o acolhimento dos usuários e suas demandas como algo que, ainda, não está resolvido. Tais constatações trazem à tona outro ponto importante a ser colocado na agenda dos gestores: a

reorientação da clínica com valorização do cidadão usuário como sujeito no processo saúde doença.

Este texto, obviamente, não pretende ser definitivo, pretende apenas suscitar discussões sobre os temas apresentados e contribuir na construção de estratégias e caminhos a serem buscados, inicialmente pelos gestores estaduais, em razão do fórum ao qual se destina, mas que possa se estender principalmente aos demais gestores e também a todos os que acreditam que o SUS, ainda, é o melhor caminho.

2. Exercício do papel dos diversos Entes Federados e Comando Único

Esta tem sido uma das grandes questões para os gestores do SUS, tendo até, ao longo dos últimos anos, tornado-se foco de polêmica entre as esferas de governo. Um claro exemplo disso é o número de plenárias da CIT, durante a apresentação da NOAS SUS, nas quais as divergências entre os conceitos de comando único e papel de cada ente federado, explicitadas pelo CONASS, CONASEMS e MS, dominaram as discussões.

Propositadamente usa-se como referência o termo exercício do papel de cada ente federado ao contrário de definição, que tem sido usualmente empregado, por entender-se que não há o que definir, já que todo o arcabouço legal, apesar de muitas vezes não fazê-lo de forma explícita, já deixa claro qual o papel do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e das Secretarias Municipais. O que está em jogo é a disputa pelo espaço de poder que, sem dúvida, permanece no exercício da gestão dos serviços de saúde.

Fica bem claro, nos instrumentos legais, que a saúde deve ter um só gestor, um só comando em cada esfera de governo. O pressuposto constitucional teve como intuito acabar com a tradição de vários gestores em cada município: o federal do MS ou INAMPS ou FUNASA, o estadual do posto ou regional e o municipal, quando se tinha, então um trabalho desarticulado e sem coordenação.

Vários artigos da Constituição Federal falam sobre as competências das esferas de governo em relação à saúde, porém, na maioria definem competências de forma abrangente e compartilhada. Entretanto, o artigo 30, VII diz claramente que compete aos municípios “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”, enquanto no artigo 23, II, diz ser competência comum às três esferas “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências”. Parece clara a intenção do legislador de reservar ao município a tarefa de executar serviços e, já que a mesma Constituição estabelece como princípio federativo a autonomia entre os entes federados e define municípios como tal, não há como pensar que possa ter outro gestor sobre os serviços executados em um município.

Avançando ainda no capítulo especificamente dedicado à saúde, apesar de não existirem referências explícitas à divisão de competências, está gravado, como princípio do sistema, a descentralização com direção única em cada esfera de governo. Apesar de o artigo poder ter sido entendido como preceito geral, ao se analisar a Lei 8080 vê-se que existem claras determinações no sentido de dedicar aos municípios a tarefa de gestão de

serviços. O artigo 15 define as atribuições de cada esfera de governo, dizendo que cada uma delas as exercerá no seu âmbito administrativo. O artigo 17, XV estabelece como competência dos Estados “promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde” e “prestar apoio técnico e financeiros aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde”. O artigo 18 determina como competência dos municípios, em seu inciso I, a execução de serviços públicos de saúde.

A adoção desse entendimento não pode fazer com que se imagine esvaziado o papel dos estados e da União. Tanto a legislação como a prática da construção do SUS têm reservado a ambos atribuições importantes. À União cabe além da coordenação nacional do SUS, todo o papel de normatização do sistema, além de algumas tarefas específicas. Aos estados, cabe a coordenação dos sistemas estaduais, bem como a implementação de políticas que induzam à construção de sistemas locais de saúde, sob gestão dos municípios, que se articulem e formem redes que garantam a integralidade da atenção.

Historicamente, a União soube utilizar bem melhor seu papel de indução explicitado pelo peso financeiro do Sistema e pelo papel de “regulador” dos governos locais, através do controle do financiamento e dos mecanismos de coordenação intergovernamental. Ao mesmo tempo, a maioria dos estados, em grande parte por não ampliarem os investimentos em saúde, principalmente até o final dos anos 90, não soube ou não conseguiu, por exemplo, através da criação de incentivos financeiros, exercer o papel de coordenação e indução de políticas estaduais.

No processo de descentralização, desencadeado no país principalmente nas décadas de 80 e 90 do século XX, houve um inegável deslocamento de recursos financeiros e da prerrogativa de organização da atenção à saúde da União para os municípios, num processo que secundarizou o papel dos estados. Sem dúvida, esse processo produziu alguma precariedade e fragilidade dos sistemas estaduais de saúde, especialmente em relação às ações de média complexidade, fazendo com que, em determinado período, as Secretarias Estaduais de Saúde se constituíssem como o elo mais fraco do SUS.

Pode-se dizer que, em certo momento, houve uma crise de identidade das Secretarias Estaduais de Saúde, tanto do ponto de vista organizacional (verticalização, fragmentação, concentração de ações e serviços e tênue exercício da função de regulação) quanto dos aspectos do financiamento (pequena participação da divisão do bolo tributário nacional, pequena participação no rateio dos recursos próprios dos estados, pequena participação no financiamento dos sistemas estaduais de saúde). Esse quadro aliado à fragilidade dos sistemas de regulação estaduais, fez com que proliferassem estratégias em substituição parcial ao papel dos estados, entre as quais consórcios intermunicipais hipertrofiados e estabelecimentos de saúde superdimensionados, que pressionam o sistema para a compra de procedimentos disponíveis com mais eficácia que as próprias necessidades de saúde da população, além de ampliar o estrangulamento na

oferta de ações com menor remuneração.

Todo esse processo fez com que se reacendesse, na década de 2000, especialmente através da discussão da NOAS, a discussão das atribuições dos estados. Entretanto, em muitas vezes, isso deu-se na direção contrária ao estabelecido legalmente, ou seja, tentando articular processos centralizadores através da desculpa da incapacidade de gestão de municípios sobre serviços com papel de atendimento de referências.

Esse movimento, somado a posições muitas vezes conservadoras no Ministério da Saúde, fez com que a NOAS, em vários pontos, indicasse um caminho perigoso de recentralização da saúde, não conseguindo afirmar o comando único como sustentáculo da implementação do SUS. Junto a isso e respeitando a mesma lógica, muitas vezes a NOAS aumenta o fracionamento da atenção com a definição de cardápios para atenção básica, de média e alta complexidade, destinando, nessa última, papel secundário aos municípios, o que dificulta a estes assumirem, de forma plena, seu papel no Sistema, bem como não favorece a integralidade, pois intimida a adoção de estratégias de organização local que incorporem resolutividade às ações e serviços de saúde.

Nesse contexto permanece o desafio de se enxergar e desenvolver o papel do Estado de coordenador, articulador e indutor de políticas que induzam os municípios à construção de sistemas locais que se integrem em redes regionais. Porém, acredita-se que a experiência desenvolvida no RS, no período de 99 a 2002, exemplifica essa possibilidade.

Nesse período, a SES/RS firmou, como sua função, a gestão do sistema Estadual de Saúde, através de atividade estadual de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação, auditoria, cooperação técnica e financeira com os municípios, para a oferta de ações e serviços de saúde, sem questionar, em momento algum, a responsabilidade dos municípios sobre a gestão local. Três ações foram, de forma especial, importantes nesse processo: a horizontalização da Secretaria, a Municipalização Solidária da Saúde e a Saúde Solidária. As duas últimas, até, sendo reconhecidas nacionalmente pela classificação, em primeiro a quinto lugares, respectivamente, no concurso para projetos inovadores em gestão de saúde, promovido pelo MS, em 2000.

A horizontalização da Secretaria deu-se através da redução de níveis hierárquicos e de instâncias de decisão, de modo a possibilitar agilidade e flexibilidade das decisões e democratização com a ampliação da autoridade de cada unidade de gestão. A Municipalização Solidária da Saúde previa a cooperação técnica e financeira do estado com todos os municípios gaúchos, procurando implementar o artigo 35 da Lei 8080, e a Saúde Solidária previa estímulo financeiro aos prestadores de serviços que se comprometessem com a readequação assistencial, segundo as necessidades locais e regionais.

É óbvio que não se pode adotar a experiência do RS como um modelo rígido a

ser implantado em todos os estados. Também, é importante considerar que os resultados em relação a melhorias no acesso da população às ações e serviços de saúde, bem como sua resolutividade e qualidade ainda merecem ser mais bem avaliados. De todo modo, é inegável que o exemplo do Estado do Rio Grande do Sul demonstra que é possível a uma Secretaria Estadual firmar-se como gestora do SUS e interferir com a organização local e regional, sem disputar com os municípios espaços de poder.

Talvez, o que se deve fazer, no momento, é discutir e polemizar menos sobre o papel de cada ente federado e buscar formas de cada gestor exercer seu papel, com respeito à autonomia e responsabilidade dos demais.

3. Descentralização e Processos Normativos

A descentralização deve ser entendida como a transferência de competência e recursos de um nível central de governo para outro que possua autonomia, no caso do SUS, do Ministério da Saúde para estados e municípios, assim como de estados para municípios. Com esse conceito ligado à perspectiva de Estado Democrático, pretende-se atender às dimensões políticas, através da transferência de poder que favoreça a organização e participação social e administrativa, na busca de maior eficiência e eficácia na gestão pública.

Nessa perspectiva, o município é entendido como espaço privilegiado de gestão na construção do SUS, no qual se devem produzir condições para a construção de novas organizações que contribuam não só para a ampliação e qualificação da atenção, como também para a produção de sujeitos, cidadãos com potencial de pensar e agir com algum grau de autonomia.

A descentralização da saúde no Brasil está intimamente ligada ao processo de normatização, tanto por meio de normas operacionais como das Portarias Ministeriais, o qual se instituiu a partir de 1991. Obviamente, era necessária a criação de instrumentos que operacionalizassem a estratégia de descentralização e induzissem a transição do modelo centralizado e contributivo para o que previa o SUS. Entretanto, o excesso de normatização fez com que, muitas vezes, os gestores perdessem as condições de planejar a construção de políticas locais de saúde, já que estavam ocupados, cumprindo as exigências e determinações ministeriais.

Manteve-se, por muito tempo, a velha tradição de atuação centrada em programas e a lógica de definição centralizada de ações com alto grau de verticalidade, engessando os gestores locais e inibindo a capacidade de produção de novas formas de gestão e de inovações na atenção a partir do município. Essa tradição, junto com o excessivo processo normativo, fez com que se construíssem muito mais processos de desconcentração, no qual se delegam competências e responsabilidades executivas sem a respectiva transferência de poder, do que efetivos processos de descentralização numa perspectiva democrática de divisão de poder.

Em 1991, instituiu-se a Norma Operacional Básica – NOB – 01/91, ainda, editada pelo INAMPS e que representa a hegemonia da tecno-burocracia inampsiana, tendo como mecanismo a descentralização operacional, através da realização de convênios entre diferentes gestores para transferência de execução de atividades e ações pré-definidas. A importância da NOB/91 é de iniciar o processo de descentralização, porém em nada modifica, ao contrário, consolida a lógica do extinto INAMPS de compra

de serviços privados e financiamento centrado na produção. As NOBs 91 e 92 obtiveram a adesão de 22% dos municípios brasileiros.

Em 1993, mesmo ano em que é aprovada a lei de extinção do INAMPS, é editada a NOB 93, que propõe e implementa importantes avanços para a descentralização, entre eles, a instituição de repasses fundo a fundo e a garantia da participação de estados e municípios na formulação das regras do sistema pela criação das Comissões Intergestores. Porém, sua implantação é feita de forma muito lenta e gradual, além de manter como mecanismos operacionais várias definições restritivas e conservadoras. Contudo, ao final de 96, 63% dos municípios e 26 estados estão habilitados em algum tipo de gestão, mesmo que ainda com uma pequena taxa de transferência automática de recursos federais, já que apenas 144 municípios aderiram à condição de gestão semiplena.

Em 1998, através de uma série de portarias ministeriais, muitas até alterando pontos da versão original, implanta-se a NOB 96, editada em 1996 mas, ainda, não operacionalizada. A NOB 96 concilia dois mecanismos de gestão: o subsídio da demanda, através do PAB, com financiamento per capita e a manutenção do incentivo à produção pelo financiamento da média e alta complexidade, baseado em tabelas de valores sem análise de custos e com repasses a estados e municípios definidos a partir de médias históricas. Além disso, a NOB 96 inicia um processo de recentralização seletiva, através da redefinição de funções das esferas de governo e da fragmentação da gestão em níveis de complexidade tecnológica e de atenção, inibindo a integralidade e diminuindo o poder do gestor sobre determinadas áreas do sistema.

A instituição do PAB e a definição de recursos de transferência automática para municípios induzem fortemente a municipalização, o que amplia consideravelmente o acesso da população a serviços de saúde. No final de 2000, 5.450 municípios, isto é, 98,9% dos municípios brasileiros estavam habilitados em alguma forma de Gestão pela NOB 96, sendo 523 municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, porém, apenas quatro estados haviam assumido a Gestão Plena do Sistema. Esse poder de indução pode ser entendido quando vemos que, com a distribuição de recursos per capita, houve ganhos financeiros reais para 66% dos municípios, enquanto apenas 2% tinham um PAB superior ao da NOB 96.

O processo de descentralização reflete-se também no aumento da participação dos municípios na produção ambulatorial, que passa de uma taxa média de 65%, em 1995, para 89%, em 2000. Esse movimento, também, é observado no financiamento; em 1985, os municípios eram responsáveis por 9,6% do gasto consolidado em saúde, em 1996, por 35% e em 2000, por 43%. Além disso, em meados da década de 90, das três esferas de governo, apenas os municípios apresentaram um crescimento regular nos gastos em saúde. Em 2002, mais de 83% dos municípios gastavam acima de 10% de suas receitas livres em saúde e saneamento e, grande parte deles, com patamares acima de 20%.

A partir de 1999, com o esgotamento da NOB como instrumento indutor do processo de habilitação, embasado na estagnação das transferências fundo a fundo e com a justificativa da necessidade de definição de divisão de responsabilidade entre estados e municípios e da ampliação e qualificação do acesso através da estruturação de sistemas regionais, institui-se um processo técnico de discussão com estados e municípios, acompanhado pela CIT. Uma das questões que polemizam a discussão é a tentativa de redefinição do Comando Único.

A proposta final é dominada pelas concepções do Ministério da Saúde, agregando pouca contribuição tanto dos estados como dos municípios. Institui-se a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2001. A denominação de Norma Operacional de Assistência, diferentemente das anteriores, indica claramente a estratégia de normatização da assistência descolada do restante da organização à saúde, o que se deve à forma como está organizado na época o Ministério e às dificuldades internas de aglutinação e pactuação, o que dá início ao rompimento com o princípio da Integralidade. Um dos avanços da NOB 96 foi trazer para o cenário da descentralização as demais áreas, como as Vigilâncias. A partir da NOAS, a segmentação aumenta, perdendo-se a oportunidade de instituir um processo que discuta sistemas de saúde de forma integral.

Um dos itens da NOAS determina um conjunto de serviços que devem ser oferecidos pelos municípios para que possam pleitear a Gestão Plena, ou seja, indiretamente, define que só será considerado sistema de saúde um espaço que compreenda uma determinada incorporação tecnológica. Isso modifica a concepção até então trabalhada e segmenta e fragiliza a gestão do sistema e o princípio do comando único.

O princípio da integralidade, previsto na Constituição, parte de duas concepções: uma horizontal, na qual se pretende romper com a dicotomia entre promoção, prevenção e tratamento, ou entre saúde coletiva e individual, tão presente no modelo anterior à Constituição, no qual um órgão, o Ministério, era responsável por parte das ações e outro, o INAMPS por outra parte; a outra estratégia é vertical e refere-se à atenção ao indivíduo, visto como ser único que não pode ser separado pela origem de sua doença, nem por partes do corpo, nem pela necessidade de incorporação tecnológica para resolução de seu problema.

Além da NOAS não induzir à visão integral do sistema ao separar a assistência do restante da organização à saúde, sua proposta dificulta o cumprimento do princípio da Integralidade, quando aumenta a fragmentação da assistência por níveis, classificados como de complexidade, em atenção básica, de média complexidade e alta complexidade. A NOAS, também, define atribuições das esferas de governo a partir de noções de complexidade tecnológica de recursos assistenciais, consolidando o processo de “recentralização seletiva”, iniciado na NOB 96.

O que fica sugerido, como intenção, é que se defina como responsabilidade dos municípios a gestão da atenção básica dos estados, a média complexidade e a alta complexidade, com políticas e ações de definição centralizadas no Ministério da Saúde com operação pelos estados.

Vários outros itens da NOAS trazem sérios problemas, tanto às diretrizes do SUS e do Estado Brasileiro, como à organização de sistemas de saúde: cria conceitos de módulos assistenciais e de módulos territoriais; prevê organização unicêntrica de serviços a partir de concepções de cobertura, impedindo arranjos que reconheçam peculiaridades locais; reforça a idéia de hegemonia do Estado sobre o espaço de regionalização; e mantém uma parte da alocação de recursos centrada em per capita e a outra, em produção.

Outro grande problema é que, como as anteriores, prevê um processo de habilitação extremamente cartorial, com avaliações centradas basicamente em processos e não em resultados, ocupando as gestões estaduais e municipais com o preenchimento de diversos planos, planilhas, instrumentos e cumprimento de pré-requisitos, dificultando o processo de planejamento local.

Com todos os problemas, adotam-se estratégias de indução muito fortes, o que faz com que já se tenha 29% dos municípios habilitados em alguma forma de gestão e 24 estados habilitados em Gestão Plena do Sistema pela NOAS, o que amplia consideravelmente as transferências fundo a fundo.

Os números demonstram que já se conseguiu atingir a adesão das esferas de gestão tanto estaduais como municipais ao SUS. Claro que permanecem problemas de qualificação da gestão, porém o grande desafio passa a ser a construção de sistemas locais que se organizem em redes regionais e que promovam acesso universal com qualidade e resolutividade. Uma das condições para que isso ocorra é a transferência de condições aos níveis locais, para que produzam mudanças na lógica como está organizada a atenção, garantindo acolhimento, vínculo e humanização.

Para tanto, deve-se ampliar a capacidade e resolutividade das ações nos municípios e fazer com que todos os gestores se sintam responsáveis pela Integralidade da saúde. A existência de duas formas de habilitação, mesmo que não substitua a responsabilidade já determinada constitucionalmente, inibe essa possibilidade, pois ao se considerar que um ente federado é Gestor apenas na atenção básica, é como se permitisse a este que se responsabilizasse pelas ações não contempladas nesse cardápio.

Aliás, isso tem feito com que, muitas vezes, ocorram as conhecidas situações em que se estabelecem disputas sobre quem é o responsável ou por atendimentos de referência ou mesmo por determinadas ações de vigilância. Instalam-se dúvidas se o responsável é o município de origem, o da ocorrência do atendimento ou ação, o Estado ou a União. A responsabilidade é solidária entre todas as esferas, porém, há que se estabelecer que a responsabilidade direta para o atendimento do usuário é do município

onde reside, tanto pela execução de ações diretas como pela pactuação de mecanismos que possibilitem alcançar fora de seu território, as ações que não dispõe.

Ao município de referência, cabe a responsabilidade de garantir o cumprimento das pactuações realizadas. Aos gestores estadual e federal, cabe a tarefa tanto de monitorar como de induzir tais processos, cooperar técnica e financeiramente para sua execução, regular as relações e, no extremo, intervir nos casos em que não sejam garantidas as disposições legais.

No momento em que surge a possibilidade de rediscutir a NOAS, parece que o grande desafio é poder construir um processo de pactuação que indique metas e resultados a serem atingidos, bem como preveja instrumentos para avaliação desses resultados e da satisfação dos usuários, em substituição às avaliações de processos presentes de forma predominante em todas as normas. O SUS está maduro o suficiente para que não sejam mais necessárias normas que definam o caminho cartorial para que se reconheça o que está, constitucionalmente, definido: todos os gestores são gestores plenos de sistemas de saúde.

O que se propõe é que todas as esferas de gestão sejam reconhecidas como habilitadas em gestão plena do sistema, o que passaria a ser a única forma de gestão existente. Para isso, é necessário que se criem mecanismos de transferência automática de recursos que vençam a lógica dicotomizada entre uma parcela de transferência que subsidia a demanda, o per capita, e outra que subsidia a oferta, o pagamento por produção. Deveria ser regulamentado o artigo 35 da Lei 8080, com o repasse de recursos através de critérios populacionais, demográficos, epidemiológicos, características da rede de saúde, desempenho técnico, econômico e financeiro, participação do setor saúde nos orçamentos e ressarcimento a serviços prestados em outras esferas de governo.

O gestor municipal deve ser o único responsável pela atenção aos cidadãos que residam em seu município, até mesmo quando esgotarem, em seu território, as condições tecnológicas necessárias para a solução de seu problema. Nesses casos, os usuários seriam atendidos em uma rede articulada de serviços, sendo o recurso alocado no município em que se situem.

Para esse processo, são necessários também instrumentos de pactuação e responsabilização mais ágeis. É necessário reforçar fóruns intergestores, tornando-os espaços de pactuação. Também, tem que ser ampliado o controle social, principalmente por meio da melhoria dos sistemas de informação, dando condições à sociedade de acompanhar o sistema de saúde. Transformar a PPI em discussão de ações de saúde e não em divisão de procedimentos.

A diminuição das várias frações de financiamento federal, propiciando condições para que se estruturam sistemas locais de saúde. A ampliação da atenção básica, não só quantitativamente, mas principalmente pelo aumento de sua resolutividade, através de incorporação tecnológica, tanto em equipamentos como em saberes e o reconhecimento

de diversos modelos para sua organização, sempre buscando garantir os princípios de acolhimento, vínculo, adscrição e humanização.

Pactuar metas, resultados, indicadores de cobertura e não as formas como atingi-los, entendendo que as diversidades entre realidades locais impedem modelos de organização e estruturação únicos. Consolidar o conceito de unicidade do sistema previsto constitucionalmente, entendido como um conjunto de diretrizes organizacionais e doutrinárias e não como forma única de organização em todo o território nacional. Desenvolver instrumentos que permitam avaliar os sistemas de saúde a partir de resultados e impacto e que articulem os diversos sistemas de informação.

Também os estados, e não só a União, deverão desenvolver mecanismos de transferência fundo a fundo, com a mesma lógica já proposta e desenvolver sua capacidade de regulação.

Instituir a Gestão Solidária da Saúde, com autonomia e responsabilidade das três esferas de governo.

4. Regionalização da Atenção à Saúde

Apenas a ampliação da capacidade local de organizar serviços de saúde, obviamente, não responderá pelo desafio de implantar uma rede que dê conta de todas as necessidades dos usuários e do sistema. Não é possível, tanto por questões de incorporação tecnológica como de escala econômica, que se esgote, em cada município, todas as ações e serviços necessários para a cobertura de sua população. Por isso, é necessário que os sistemas locais se articulem e se organizem regionalmente.

Essa articulação deve ser feita de forma hierarquizada, fazendo com que os serviços de maior custo e complexidade tecnológica se localizem em pólos de maior porte.

Tradicionalmente, a figura que descreveu a hierarquização dos serviços foi a pirâmide, na qual se colocam na base os serviços de atenção básica e, no topo, os chamados de alta complexidade. Essa concepção favorece a segmentação do sistema e das ações, dificultando sua integração e induzindo a idéia de que os serviços da base constituem espaços de menor resolução de problemas, na qual se produziria apenas a atenção primária. A forma proposta para organizar os serviços é por meio da idéia e figura de rede, na qual existia uma integração horizontal dos serviços sem lógica de subordinação destes.

Romper com a pirâmide não implica negar a necessidade de centralização de algumas ações e serviços, quando necessário. Porém, implica criar abertura para a transformação das várias organizações, possibilitando a ampliação da resolutividade e legitimidade dos serviços e das formas de gestão, criando mecanismos mais ágeis e que permitam maiores condições de operação em realidades distintas, complexas e em constantes transformações.

Nessa tarefa, a União e de forma especial, os estados têm papel fundamental. Claro que o papel desses entes federados não é, nem o da gestão, nem o da organização direta dos serviços, mas sim um papel regulador e, principalmente, articulador do processo e das relações estabelecidas entre os diversos atores.

A NOAS, quando fala de regionalização, coloca-a como uma estratégia de hierarquização, o que força a lógica piramidal e segmentada da organização. A estratégia a ser buscada é a equidade e, para tanto, os processos de regionalização e hierarquização devem se complementar, porque a regionalização constitui um dos princípios do SUS.

Também, introduz nos artigos dedicados à regionalização uma série de conceitos que, até então, não eram trabalhados no SUS, como módulo assistencial e módulo territorial. Com isso, aprofunda-se novamente a segmentação. Outro ponto a ser aprofundado é a determinação de "qualificação de microrregiões". Cria-se aqui um risco

de estabelecimento de um novo espaço de poder, não reconhecido no sistema federativo brasileiro, que pode passar a disputar com os entes federados as responsabilidades de gestão, além de não garantir a autonomia dos municípios, pois condiciona a qualificação de uns à disponibilidade de outros. O estabelecimento desse espaço é reforçado pela determinação, já citada, de que para constituir um sistema, é necessário um cardápio mínimo de serviços.

Tudo isso, aliado a uma outra série de definições da NOAS, ao atribuir competências exclusivas aos estados no processo de regionalização, como aprovação de Plano Diretor de regionalização, elaboração de PPI, fere a autonomia municipal e reforça uma idéia de hegemonia do estado sobre os serviços regionais.

A NOAS, também, institui vários novos instrumentos e planos a serem executados pelos gestores, como Plano Diretor de Regionalização e Plano Diretor de Investimentos. Sem dúvida, estes podem tornar-se mecanismos potentes para o planejamento regional, entretanto deve ser revista sua lógica. Os planos não podem ser utilizados apenas como cumprimento de requisitos cartoriais, devendo ser construídos a partir da análise e avaliação dos sistemas locais e de sua capacidade de resposta aos problemas de saúde. Portanto, devem ser ascendentes, com responsabilidades compartilhadas das três esferas e compatíveis com os planos de saúde aprovados pelos Conselhos, servindo também como subsídios posteriores para avaliação.

Devem refletir propostas de organização que levem em conta as características locais e regionais e que induzam a ferramentas de gestão, para que não se transformem apenas em mapas que definam localização de serviços na região ou em processo burocrático administrativo de referência e contra-referência.

A regionalização deve ser um processo constante e permanente de negociação e pactuação, com menor rigor normativo e menor centralização sobre sua definição, criando autonomia financeira que possibilite a construção do novo e que busque vencer a lógica de financiamento de procedimento versus preço unitário que causa distorções e não se adapta às necessidades. Essas mudanças são necessárias em todas as esferas: federal, estadual e municipal.

Uma das formas de induzir a regionalização pode ser a criação, através da regulamentação do artigo 35 da Lei 8080, de incentivo para a gestão de serviços e ações. Tal incentivo deveria ser criado também pelos estados, visando qualificar e ampliar seu poder de atuação no espaço de negociação regional. Os recursos hoje repassados para os gestores, ao aderirem à Gestão Plena, são definidos apenas com base na produção de procedimentos e não leva em conta que assumir a regulação, controle e avaliação de serviços implica um custo indireto com estruturas de gestão. A adoção de critérios para transferir recursos que incentivem a gestão, além de qualificá-la, ampliaria a possibilidade de pactuação de mecanismos e instrumentos que dessem transparência, possibilitando o maior controle das referências, sem ferir a idéia de comando único.

5. Regulação

Uma das funções essenciais para a organização e desenvolvimento do SUS é a capacidade de o Estado desenvolver seu papel de regulação. A legislação estabelece claramente a regulação do sistema de saúde como uma das atribuições dos gestores do SUS. Essa atribuição ultrapassa até mesmo o sistema público, pois ao definir que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, independentemente de serem públicos ou privados, a Constituição Federal delegou ao gestor público o poder para regular, fiscalizar e controlar todos os serviços de saúde. Essa responsabilidade é compartilhada pelos três entes federados.

O processo regulatório em saúde deve ser entendido como o conjunto de instrumentos e mecanismos indutores de práticas e delineamento de produtos e alcance de resultados, ajustados e condizentes com políticas, diretrizes e objetivos pré-definidos. Pode-se, também, trabalhar com o conceito de regulação social, como a busca da melhor resposta possível às necessidades dos cidadãos, promovendo equidade na perspectiva da garantia do direito universal à saúde. Ambos são conceitos abrangentes e se complementam, tendo em comum a idéia de garantir aos gestores meios e instrumentos de organizar o sistema para atender aos princípios do SUS.

A discussão sobre regulação no SUS tem sido reduzida a funções e instrumentos para regular a oferta de serviços através da implantação de Centrais de Regulação. Na maioria das vezes, apenas na perspectiva de serviços já existentes, através do controle da disponibilidade de seus recursos ao sistema, e na forma como se faz a seleção de prioridades e regras para acesso dos usuários. Com isso, perde-se a possibilidade de desenvolver estratégias que permitam organizar o sistema e intervir sobre ele para estruturá-lo em redes resolutivas.

A NOAS contribuiu com essa distorção ao centrar o debate na regulação assistencial entendida como a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, e ao definir como um de seus principais instrumentos os complexos reguladores.

Ao reduzir, dessa forma, a discussão, tem-se a idéia de que só adquire capacidade regulatória o gestor que opera os instrumentos de regulação assistencial. Essa perspectiva tem levado os gestores a uma disputa pela gestão das centrais de regulação, que acaba por se configurar em disputa pela gestão de serviços de saúde.

Na perspectiva de um sistema descentralizado com comando único, o gestor que deve intervir sobre um determinado serviço é o que detém seu controle, no caso, os municípios. Isso não diminui a função regulatória tanto de estados como da União, ao

contrário, se tomarmos como orientadores os conceitos propostos anteriormente, existe um conjunto de ações a serem desenvolvidas por eles para garantir que, a partir dos sistemas locais, construam-se redes regionais e que os sistemas municipais se congreguem em sistemas estaduais e estes, por sua vez, num sistema nacional, todos com os mesmos princípios e diretrizes, porém com modelos de organização adequados às peculiaridades locais.

É óbvio que apenas o processo de descentralização não é capaz de garantir que os governos locais organizarão sistemas resolutivos para as necessidades dos cidadãos ou mesmo que administrarão com eficácia e dentro dos princípios do SUS, principalmente em relação ao acesso equânime e universal. A mesma garantia, também, não se tem de governos estaduais e nacionais. Portanto, para garantir a eficiência dos instrumentos para regular o sistema, muito mais que definir o responsável pela sua operação, é preciso desenvolver estratégias que fortaleçam a capacidade regulatória do sistema.

Um dos grandes riscos para o processo regulatório em um sistema descentralizado é a possibilidade de captura de gestores locais por interesses que não os dos usuários do sistema, como, por exemplo, prestadores de serviços ou produtores de insumos. O estudo de sistemas de saúde descentralizados tem indicado que a eficiência dos governos locais é fortemente influenciada pelo comportamento e estruturação dos sistemas centrais. Isso indica que existe um espaço a ser ocupado pelos estados na mediação das relações municipais e na adoção de incentivos ao desempenho dos governos locais, bem como no fortalecimento das instâncias de pactuação, construção e controle das políticas de saúde.

A União dispõe da mesma capacidade e responsabilidade, tanto em relação a estados como municípios e, diferentemente da maioria dos estados, tem utilizado bem melhor essa prerrogativa. Exemplo disso é o processo de habilitação de estados e municípios às normas do SUS. Através da construção de incentivos financeiros e do controle dos mecanismos de pactuação intergestores, conseguiu-se induzir uma grande adesão às normas, mesmo que, muitas vezes, estas não garantissem todos os preceitos do SUS. O problema é a forma como a União, em grande parte das vezes, utilizou essa capacidade, contrariando princípios do SUS ao verticalizar decisões e não conceder espaço aos demais gestores para participarem do processo de formulação das regras.

Uma das estratégias para garantir a capacidade regulatória tanto da União como dos estados é o desenvolvimento da função de cooperação técnica e financeira. Tal atribuição reserva à União e aos estados as condições para criar incentivos que induzam às decisões locais. Claro que, num sistema descentralizado e com entes autônomos, esses incentivos devem ser adotados de forma pactuada e numa perspectiva horizontal. Além disso, ambas as esferas devem desenvolver sua capacidade de articulação nas diversas instâncias e junto aos diversos atores para criação de espaços de disputa das políticas de saúde.

A cooperação não deve ser desenvolvida apenas no aspecto financeiro. Cabe aos gestores Federal e estaduais desenvolverem redes de apoio aos demais entes federados que qualifiquem seu poder de tomada de decisão, bem como suas estruturas de gestão. Para tanto, deve-se transitar da lógica de cooperação matricial, realizada por processos de supervisão, no qual se busca conferir processos e execução de ações pré-determinadas, para uma lógica que reconheça a capacidade de criação local e de desenvolvimento de estruturas e organizações peculiares em condições de responder às necessidades do sistema.

Também, devemos rever os sistemas e as lógicas de controle, avaliação e auditoria. Nessa área, permanece muito forte a tradição do INAMPS, com uma lógica de atuar sobre prestadores e sobre procedimentos, com um viés muito mais controlista do que de avaliação. Os sistemas de avaliação privilegiam os processos e não os resultados e o impacto das ações e serviços sobre a saúde da população. O sistema de auditoria permanece com alto grau de centralização e extremamente verticalizado, atuando muito mais com um órgão de punição do que de apoio à gestão do SUS.

Deve-se trabalhar com avaliações de sistemas de saúde, com medição de resultados e impacto, aliando dados epidemiológicos e avaliação de qualidade, aliada com a vigilância sanitária e com instrumentos de satisfação do usuário. Para trabalhar-se com avaliação, tem-se que, anteriormente, estabelecer um pacto entre todos os gestores sobre quais metas pretende-se alcançar. Rediscutir os sistemas nacional, estaduais e municipais de auditoria, transformando-os não apenas em órgãos de fiscalização e punição, mas também em auxiliares da gestão na construção de soluções para irregularidades e resultados não satisfatórios, detectados.

Rever os sistemas de informação, buscando simplificá-los e integrá-los, visando facilitar sua operação e conferir maior transparência ao sistema. O cartão SUS pode ser uma estratégia de integração e qualificação do sistema de informação, porém devem ser discutidos, tanto o custo como as dificuldades de operacionalização da solução proposta atualmente.

6. Conclusão

Procura-se, através da análise do processo de implantação do SUS, identificar pontos que permitam o avanço necessário para a construção de uma rede descentralizada e regionalizada que atenda às necessidades dos usuários. Muito mais do que propostas acabadas, teve-se a intenção de indicar diretrizes a serem adotadas para construir em conjunto, respeitando a autonomia de cada ente federado, um processo de gestão Solidária da Saúde:

- o exercício, de cada ente federado, do seu papel de gestor já definido legalmente, garantindo a descentralização com comando único;
- instituição de uma única forma de gestão, na qual todos sejam gestores plenos do sistema;
- fim do processo cartorial de habilitação;
- estabelecimento de um pacto nacional de metas e resultados a serem atingidos em substituição a normas que definam formas unitárias de organização;
- regulamentação do artigo 35 da Lei 8080, com instituição de critérios técnicos de transferências de recursos;
- instituição de um critério que incentive a gestão de sistemas na regulamentação das transferências fundo a fundo;
- redução do fracionamento do financiamento federal;
- instituição de critérios para transferência automática de recursos dos fundos estaduais para os fundos municipais de saúde;
- reforço dos órgãos de pactuação intergestores;
- reforço do controle social;
- ampliação da possibilidade de formas de organização da atenção básica, sem segmentação, e que garantam o aumento da resolutividade;
- articulação dos diversos "planos" existentes;
- revisão da lógica da PPI;
- entendimento da regionalização como um processo de construção de sistemas a partir da organização local;
- organização dos serviços em rede com menor segmentação por "níveis de complexidade";
- ampliação do poder regulatório dos gestores públicos;
- regulação dos serviços privados de saúde e da incorporação tecnológica;
- regulação de serviços, exercida pelos municípios, estados e União, com função de regular

e articular sistemas estaduais e nacional;

- adoção de estratégias de apoio da união com os estados e municípios e dos estados com os municípios;
- rever as estratégias atuais de controle, avaliação e auditoria;
- fazer avaliação de resultados e impacto e de qualidade e satisfação dos usuários;
- reestruturar o sistema de auditoria;
- reestruturar e integrar os sistemas de informação e o cartão SUS.

São várias estratégias que propõem avançar na construção do SUS, porém sem mudar o paradigma estabelecido legalmente para o SUS e que foi fruto de conquistas da mobilização popular e do movimento de reforma sanitária. Todas as estratégias para organização da Gestão e da Atenção no SUS devem procurar fortalecer os princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade e terem como diretrizes organizacionais a Descentralização, com o comando único em cada esfera de governo, a Regionalização dos serviços de saúde e o Controle Social como garantia de participação popular.

7. Referências

ARRETCHE, M. **Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização**. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

ARRETCHE, Marta. **Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia**. *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 331-345. 2003.

BARROS, E. **Implementação do SUS: recentralizar será o caminho?** *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 307-310. 2001.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 2. ed. São Paulo, Hucitec, 1997.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo, Hucitec, 2000.

CARVALHO, G. **A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais**. *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 307-310, p. 435-444. 2001.

CARVALHO, G. **O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde, 1988-2001**. 2002. 352 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE. **A saúde na opinião dos brasileiros**. CONASS: Brasília, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE. **Legislação do SUS**. CONASS: Brasília, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE. **Relatório final do 1º seminário do CONASS para a construção de consensos: preocupações e prioridades dos secretários estaduais de saúde quanto à organização, gestão e financiamento do SUS.** CONASS: Brasília, 2003.

COSTA, N. R. et al. **O desenho institucional da reforma regulatória e as falhas de mercado no setor saúde.** Revista Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 193-228, mar. /abr. 2001.

ELIAS, P. E. **Relações de responsabilidade entre gestores do SUS: perspectivas para a garantia do acesso, qualidade e humanização da atenção.** In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11, 2000, Brasília. Anais... Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p. 215-231.

FERLA, A. A.; MARTINS JUNIOR, F. **Gestão solidária da saúde: a experiência de gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul.** Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 23, p. 8-20, dez. 2001.

FERLA, A. A.; MARTINS JUNIOR, F. **Remuneração dos prestadores diretos de ações e serviços de saúde: do financiamento de interesses privados à garantia de qualidade, acesso e humanização.** In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11, 2000, Brasília. Anais...Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p. 169-196.

GOULART, F. A. A. **Esculpindo o SUS a golpes de portaria... considerações sobre o processo de formulação das NOBs.** Ciência e Saúde Coletiva, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 307-310, p. 292-298. 2001.

GUERRERO, E. et. al. **Modernização das secretarias de estado da saúde: cooperação técnica descentralizada para o desenvolvimento de sistema e serviços de saúde no Brasil, ano 2002.** Brasília: OPAS, 2003 (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 5).

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.**São Paulo: Hucitec, 1999.

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. p. 197-228.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Balanço das ações.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

MISOCZKI, M. C. **O campo da atenção à saúde após a Constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social.** Porto Alegre: Dacasa, 2002.

MULLER, A. M. C.; POSSA, L. B. **A regionalização da atenção à saúde no Rio Grande do Sul: uma experiência em construção na 4ª Região de Saúde.** Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, n. 23, p. 21-29, dez. 2001.

RIGHI, Liane Beatriz. **Município: território de produção de novas formas de gestão e atenção à saúde - considerações sobre a aposta e suas implicações a partir de um processo de formação de gestores.** Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, n. 24, p 9-27, dez. 2001.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 1998.

TESTA, M. **Pensar em saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

15 Anos do SUS: Desafios e Perspectivas

Luiz Roberto Barradas Barata

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo

Oswaldo Yoshimi Tanaka

Secretário Adjunto de Estado da Saúde de São Paulo e
Professor Titular do Departamento de Práticas de Saúde
Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de
São Paulo

José Dínio Vaz Mendes

Assessor Técnico da Secretaria de Estado da Saúde de São
Paulo

I. Introdução

Todos aqueles que batalham pelo Sistema Único de Saúde – SUS, em nosso país, reconhecem os grandes avanços do sistema ocorridos na última década, que incluem a ampliação da extensão do acesso da população aos serviços de saúde, tanto na atenção básica como naquela de maior complexidade, acompanhado de um processo de descentralização bastante aprofundado, tornando os municípios os principais atores da saúde no sistema público.

Esse avanço resultou do grande impulso dado à política de saúde nacional, pelas propostas progressistas do movimento de reforma sanitária de décadas anteriores, inicialmente consagradas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 e, posteriormente, incluídas na Constituição Federal, tornando a universalidade do direito à saúde uma conquista social definitiva no Brasil.

Entretanto, a implementação do SUS, como seria esperado em processos sociais complexos, desencadeou novos problemas financeiros, organizacionais e gerenciais, que desafiam e retardam a concretização de algumas das premissas constitucionais do sistema e exigem reflexão e estratégias de enfrentamento por parte dos gestores e de todos aqueles que entendem a saúde como condição imprescindível da cidadania.

Para efeito de reflexão sobre o tema, abordaremos neste documento quatro eixos que consideramos fundamentais, sem a pretensão de apresentar soluções definitivas em cada um deles, mas sugerindo possíveis caminhos para a continuidade da implantação do SUS:

- necessidades de saúde “elásticas” e recursos de financiamento “finitos”;
- garantia da equidade no sistema;
- aperfeiçoamento gerencial no SUS;
- recursos humanos na saúde e humanização do atendimento.

2. Necessidades de Saúde “Elásticas” e Recursos de Financiamento “Finitos”

Desde seu surgimento, há 15 anos, o SUS tornou-se um dos sistemas de saúde públicos de maior cobertura do mundo e sua efetivação implicou a organização de uma ampla rede de serviços e ações de saúde, que abrange todos os níveis de complexidade.

Para aqueles que têm acompanhado esse desenvolvimento, destaca-se a contínua necessidade de aumento de recursos financeiros para as atividades do sistema, fato este que, muitas vezes, incomoda as áreas econômico-financeiras de governo.

Entretanto, não poderia ter ocorrido de outra forma e continuará a ser assim por muito tempo.

Até a Constituição de 1988, o Brasil não reconhecia a saúde como um direito social e só garantia serviços de assistência médica e odontológica aos beneficiários da previdência social, excluindo a maioria da população e impedindo seu acesso às ações de saúde mais elementares.

Este fato, associado às demais desigualdades sociais existentes e às condições de pobreza de grande parte da população, geravam condições de saúde alarmantes no país.

O SUS modificou totalmente essa perspectiva, ao adotar os princípios da universalidade do direito à saúde, da integralidade e da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população. A nova perspectiva exigiu a incorporação e o atendimento de parcela importante da população de excluídos, tornando necessária a expansão da rede de saúde.

Além da ampliação de cobertura, o aumento de gastos do SUS resulta do encarecimento progressivo da assistência à saúde, o que está sendo observado nos sistemas de saúde de todo o mundo, relacionado não só à incorporação de novas tecnologias, mas também às mudanças do perfil epidemiológico da população (o envelhecimento relativo), com o aumento proporcional de doenças e condições crônicas.

No Brasil, a crise econômica, também, tem aumentado a busca pela população, dos serviços do SUS, em razão do desemprego e da impossibilidade de manter planos e seguros suplementares de atenção à saúde. De 2000 a 2002, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, cerca de 2 milhões de pessoas deixaram de ter direito à medicina suplementar.

Desses fatos, depreendemos que as necessidades de saúde são completamente “elásticas”.

Destaca-se, portanto, a impropriedade de se imaginar que poderemos ter

diminuição de gastos no SUS, com o aumento da eficiência do sistema, a redução de seus “desperdícios” ou mesmo a mudança do “modelo assistencial”.

Posicionamentos neste sentido ocorrem em função do contexto econômico que acompanhou a implantação do SUS durante toda a década de 90: as limitações nas despesas e na capacidade de investimentos do setor saúde em todas as esferas de governo, resultado da crise econômica e das exigências de ajustes macroeconômicos que, além disso, ocasionam o aprofundamento das desigualdades sociais. Como é referido por Almeida, 2002, cria-se um dilema genuíno entre a administração de recursos escassos (eficiência) e a superação de desigualdades (justiça social).

Com a imensa dívida social existente, o principal objetivo de medidas racionalizadoras no SUS deve ser melhorar a equidade do sistema, aplicando a “economia” obtida pela maior eficiência na ampliação da assistência aos que mais necessitam. Porém, jamais teremos redução global de gastos no setor, que continuará a exigir mais investimentos públicos, para atingir seus principais objetivos.

E, afinal, aplica-se ainda muito pouco na saúde pública do país, apesar do avanço no financiamento decorrente da Emenda Constitucional n.º 29/00, que vinculou recursos para a saúde, nas três esferas de governo.

Segundo estimativa do Ministério da Saúde, em 2000, o gasto em saúde das três esferas de governo foi de 35 bilhões de reais ou 3,3% do PIB, correspondendo a aproximadamente 206 reais per capita/ano.

Como efeito da Emenda n.º 29, esse valor pode subir até 44 bilhões ou 3,8 % do PIB, se houver crescimento de 2% ao ano no PIB e nas receitas estaduais e municipais (possibilidade reduzida frente à atual crise econômica). Portanto, atingiríamos no máximo cerca de 244 reais per capita/ano de gasto público com saúde no Brasil em 2004.

Esse valor é bastante inferior àquele que os planos privados de saúde gastam com seus pacientes, estimado por Bahia & Elias, 2001, em cerca de 687 reais per capita/ano para 2000. Com a diferença de que os recursos públicos devem atender a todas as necessidades de saúde da população, enquanto os planos privados têm um conjunto fixo e limitado de procedimentos ofertados aos seus segurados.

Podemos afirmar assim que, mesmo com o cumprimento integral pelos governos municipal, estadual e federal da Emenda Constitucional n.º 29/00, os recursos serão ainda escassos para as necessidades do SUS e muito inferiores aos da iniciativa privada.

Citamos, como exemplo, o Estado de São Paulo, que enfrenta dificuldades para manter sua rede hospitalar de serviços, embora seja um dos estados que estão cumprindo totalmente as determinações da Emenda Constitucional n.º 29/00, aplicando em saúde sempre mais de sua receita de impostos que o mínimo exigido por aquela Lei.

A única conclusão possível de todas as considerações anteriores é que a saúde no Brasil precisa de mais recursos.

É necessário regulamentar rapidamente a EC 29, disciplinando de uma vez por todas o que é despesa de saúde e pode ser incluído nos recursos de saúde, com vinculação constitucional. Somente o aumento de recursos para a saúde, simultaneamente ao aperfeiçoamento do gerenciamento do sistema, permitirá que se atinjam os objetivos principais do SUS.

3. Garantia da Eqüidade no Sistema - Descentralização, Integralidade e Planejamento Regional

Outro aspecto que compõe o cenário atual do SUS é o sucesso na implementação da descentralização e municipalização, princípios organizacionais que orientaram, desde o início, a conformação do sistema.

Conforme observou Arretche, 2003, já não se trata mais de avaliar um processo de reformas, mas a gestão de uma política cujos mecanismos de operação, já estão institucionalizados. Essa autora aponta para a grande extensão do papel municipal: em 1995, os municípios eram responsáveis por 65% da produção ambulatorial no Brasil, em 2000 passaram para 89% daquela produção.

No Estado de São Paulo, desde 1995, tem sido grande o avanço do processo de descentralização e, atualmente, podemos afirmar que a atenção básica, no Estado de São Paulo, é gerida totalmente pela esfera municipal.

Porém, a descentralização, apesar de seus reconhecidos benefícios, trouxe também novos desafios, que devem ser levados em conta, para que o desenvolvimento do sistema permita o acesso integral e eqüitativo da população às ações e serviços de saúde.

A Norma Operacional Básica do SUS - NOB 96, do Ministério da Saúde, já identificava, ao lado das vantagens da responsabilização dos gestores municipais, "o elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando, até mesmo, a unicidade do SUS".

Levcovitz et al., 2001, afirmam que a descentralização, per se, é insuficiente para a concretização dos demais princípios do SUS, e ressaltam outros aspectos relevantes, como o adequado aporte financeiro, o fortalecimento da capacidade gestora nos três níveis de governo, a permeabilidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos e apresentam como dificuldades, a imprecisão do papel do gestor estadual, com riscos de fragmentação do sistema e os conflitos acentuados nas relações entre os gestores nas diversas esferas (federal, estadual e municipal).

Almeida, 2002, relata o dilema entre a autonomia plena da gestão local como desejável, em nome da democracia e da heterogeneidade, mas fortemente dependente da eficiência e competência dos sistemas decisórios locais e tendente a produzir mais fragmentação e perpetuar desigualdades.

Mendes, 2001, aponta problemas reais ocorridos no processo de municipalização em diversas regiões do Brasil, pelo qual os municípios expandem a atenção médica sem

nenhuma articulação regional, com desperdício de recursos públicos gerados pela ineficiência na prestação da assistência, com serviços de saúde (hospitais) atendendo com baixa taxa de ocupação, aparelhos de apoio diagnóstico (como ultra-som) trabalhando com ociosidade, entre outros.

Podemos resumir observando que a municipalização, isoladamente, não pode garantir a equidade e a integralidade do SUS.

O desenvolvimento do sistema descentralizado comporta o perigo de se atingir a universalidade sem a integralidade: é aquela situação que poderia ser denominada de “SUS para pobres”, no qual temos apenas o atendimento básico universal, sem conseguir estruturar serviços de média e alta complexidade que dêem cobertura suficiente e adequada para todos.

Tal fato ocorre no país, obrigando a população a longas peregrinações, até mesmo a outros estados, em busca de tratamento, na maioria das vezes, enfrentando filas e exagerado tempo de espera para obtê-lo.

Torna-se fundamental o avanço na regionalização e na hierarquização da rede de serviços do SUS que, no Estado de São Paulo, à semelhança do que, também, ocorreu no restante do país, não acompanhou, na mesma velocidade, o processo de municipalização.

Esses problemas foram reconhecidos pelo Ministério da Saúde e tornaram-se o objetivo principal da Norma Operacional da Assistência a Saúde – NOAS, em 2001 e 2002 (SOUZA, 2001), que propôs uma estratégia de regionalização, no sentido de organizar efetivamente uma rede de atenção hierarquizada.

Mas, a efetivação do desenvolvimento da NOAS e o sucesso de suas premissas dependem da definição mais clara dos papéis dos gestores, bem como de instrumentos para a pactuação, o acompanhamento e o aperfeiçoamento do novo desenho organizacional. Sem esses instrumentos, a NOAS tende a repetir, com pouca inovação, a distribuição de recursos financeiros conforme o modelo assistencial já existente, baseado principalmente na oferta de serviços.

Crítica pertinente à NOAS é aquela de Teixeira, 2002, que aponta a limitação da concepção de “integralidade” nessa norma, restrita à racionalização da oferta de serviços voltados ao atendimento à demanda espontânea.

Do mesmo modo, refere-se ao viés economicista da Programação Pactuada Integrada - PPI, o novo planejamento participativo proposto pelo Ministério da Saúde na NOAS que, ao racionalizar a oferta de serviços pelas unidades de saúde, segundo a complexidade tecnológica deles, não problematiza nem o conteúdo das práticas que são realizadas, nem sua adequação às necessidades e problemas de saúde da população dos municípios.

É nesse cenário que colocamos o problema do aperfeiçoamento do planejamento regional de saúde. Mesmo com o aumento de aporte financeiro para a saúde, há que se buscar maior racionalidade e eficiência no sistema.

Esse esforço deve fazer com que os recursos de saúde deixem de ser gastos somente de acordo com a lógica da oferta (comprar serviços onde eles já existem e portanto onde a população já tem acesso), conforme a herança histórica do sistema de pagamento por procedimentos, na qual as necessidades de saúde são ajustadas aos prestadores existentes e não o contrário.

Além disso, como observa Levcovitz et al., 2001, ao lado da persistência de desigualdades de acesso ao SUS, temos também as distorções no modelo de atenção praticado (medicalização e uso inadequado de tecnologias), bem como no âmbito da qualidade e resolubilidade em muitos serviços do sistema de saúde.

Em um contexto no qual o uso de tecnologias modernas torna-se cada vez mais freqüente na saúde (equipamentos e medicamentos), é importante, para a melhoria da qualidade e eficiência da atenção, o desenvolvimento e utilização de diretrizes ou guias de condutas clínicas baseadas em evidências científicas, como propõe Silva. Essas podem auxiliar a elaboração de padrões adequados para a programação de recursos locais ou regionais.

Não se trata, apenas, de impor parâmetros arbitrários aos prestadores de serviços de saúde, mas de desenvolver em novas práticas de saúde e investir nelas, passando a seguir outra lógica organizadora para a rede. Esta deve incorporar os aspectos epidemiológicos, parâmetros assistenciais e de necessidades de saúde demandadas pela população, bem como de guias de conduta clínica elaborados com metodologia explicitada e participação dos centros universitários médicos e científicos reconhecidos no país.

Para ilustrar, podemos citar os serviços de mamografia. Os parâmetros nacionais preconizam 1 mamógrafo para cerca de 240 mil habitantes. O Estado de São Paulo dispõe de equipamentos em número suficiente para atender a toda sua população, porém sua localização não está distribuída adequadamente em seu território.

Por esse motivo, surgem continuamente propostas de aquisição de novos mamógrafos por municípios e hospitais (que, em razão da pequena população local, apresentarão ociosidade do equipamento, ou pior, induzirão o sistema ao "aumento" de exames, sem critérios técnicos). Seria mais lógico referenciar formalmente a clientela, já que, neste caso específico, o exame é eletivo/anual e pode ser agendado sem maiores problemas.

Finalmente, o planejamento regional deve, também, preocupar-se com a qualidade encontrada em serviços da rede de atenção básica, por meio da avaliação contínua das ações municipais, buscando aumentar sua resolubilidade e criar relações mais efetivas entre as unidades de atenção básica e os demais níveis do sistema.

4. Aperfeiçoamento Gerencial no SUS

Se a atenção básica municipal garante a universalidade de acesso ao SUS, a integralidade da assistência é garantida, em São Paulo, nos hospitais gerais, ambulatórios e hospitais especializados e de referência, a maioria dos quais sob gestão estadual.

Na assistência hospitalar, a participação do terceiro setor destaca-se no SUS/SP. Os hospitais filantrópicos conveniados ao sistema (principalmente representados em São Paulo pelas Santas Casas) foram responsáveis, em 2002, por 56 % das internações do SUS, no Estado. No entanto, esses hospitais enfrentam problemas financeiros para a manutenção de suas atividades.

O Governo do Estado tem auxiliado continuamente essas entidades, mas apesar dessa ajuda, notamos que os hospitais não conseguem evitar as crises financeiras, mas somente adiá-las durante algum tempo.

Parte considerável do desequilíbrio financeiro das entidades decorre do valor das tabelas de procedimentos do SUS (fixadas pelo Ministério da Saúde), que atualmente não cobre todos os gastos realizados pelos hospitais com os atendimentos prestados. Levantamento recente feito pela Federação das Misericórdias do Estado revelou que o custo médio de um exame de ultrassonografia é de 45 reais, enquanto o SUS paga 11 reais pelo procedimento.

Mas, além do aumento de aporte de recursos, são necessárias outras medidas relativas à modernização gerencial e administrativa desses serviços, como a adoção dos contratos de gestão com metas pré – fixadas, na busca da qualidade e eficiência dos serviços prestados, num processo contínuo de acompanhamento e negociação com o prestador de serviços.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo tem experiência, nesse sentido, com os hospitais gerenciados pelas Organizações Sociais de Saúde – OSS que são, obrigatoriamente entidades filantrópicas com experiência no gerenciamento do setor saúde, (de acordo com a Lei Estadual Complementar n.º 846/98).

Conforme observa Ibañez et al, 2001, as OSS do Estado de São Paulo representam uma forma de parceria, adequada para garantir os mecanismos de controle social e os princípios que devem reger a administração pública.

Esse modelo de gestão foi utilizado em 15 novos hospitais, com o total de cerca de 3.700 leitos, que foram inaugurados nos últimos seis anos pelo Governo do Estado de São Paulo. Os hospitais devem atender 100% de pacientes do SUS, garantindo seu caráter público.

O processo de parceria encontra-se sedimentado no Contrato de Gestão, no qual

são definidas as responsabilidades das partes no que se refere aos serviços e ao financiamento, além da garantia de avaliação periódica dos atendimentos prestados. São pré-definidos indicadores de produção de serviços, de qualidade dos serviços e de satisfação da clientela.

Esse instrumento permitiu o cumprimento dos objetivos de incremento de produtividade, eficiência na utilização dos recursos públicos, qualidade assistencial e integração aos demais serviços da rede de saúde pública (como unidades básicas municipais, ambulatórios e outros).

Alguns dados estatísticos do atendimento desses serviços podem ser utilizados, na comparação com outros serviços públicos ou privados.

1. Em 2002, foram realizados 45.444 partos no total, nos hospitais das OSS (dos quais 33.778 partos normais), com taxa de cesáreas de 25,7%, bem abaixo dos dados amostrais do Boletim publicado pelo Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde – PROAHSA (amostra de 140 a 150 hospitais de pequeno, médio e grande porte, públicos e privados do Estado de São Paulo), que teve mediana de 74,9 % até 78,2 %, nos trimestres de 2002.

2. Em levantamento realizado em seis hospitais gerenciados pelas OSS, com mais tempo de funcionamento (quatro anos), temos média de rotatividade de 6,0 pacientes/mês por leito em 2002, enquanto os dados da amostra estadual do PROAHSA variam de 5,2 a 5,7, nos trimestres de 2002.

3. Em levantamento realizado com a produção de 2001, nos dez hospitais gerenciados pelas OSS, até então em funcionamento, observamos o seguinte:

- nesses dez hospitais, a relação de enfermeiros/leito variava, nos trimestres daquele ano, de 0,24 a 0,25, enquanto os dados da amostra estadual do PROAHSA apontavam a média de 0,21 enfermeiros/leito (nos três primeiros trimestres de 2001);

- a taxa de ocupação média dos dez hospitais era de 77,1 %, e os dados da amostra estadual do PROAHSA apontavam a média de 65,1% (nos três primeiros trimestres de 2001);

- pesquisas de satisfação dos usuários, realizadas durante 2001, indicaram que os serviços globais dos hospitais gerenciados pelas OSS obtiveram conceitos de Bom e Ótimo, para mais de 80 % de usuários. Essa qualidade tem sido reconhecida com prêmios e certificados:

- II Prêmio Nacional Prof. Galba Araújo - 2000 (humanização do atendimento obstétrico e neonatal) - Itapeverica da Serra

- Prêmio Qualidade Hospitalar 2001 - categoria estadual – Diadema

- Certificado de qualidade da Organização Nacional de Acreditação – ONA: Hospitais de Pirajussara, de Diadema, em 2003, e de Sumaré em 2002 (apenas 19 hospitais no país).

- O Hospital de Sumaré conquistou a Acreditação nível 2, em 2003, conhecida também como Acreditação Plena, sendo o primeiro hospital público do país a conseguir esse nível de qualidade.

O gasto médio total de internações e de procedimentos realizados nos hospitais gerenciados pelas OSS tem sido semelhante ao observado nos hospitais de mesmo porte da administração direta da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, no entanto a produção tem sido de aproximadamente 30% maior, resultando em um menor custo unitário por atividade realizada.

4. Em levantamento realizado nos seis hospitais gerenciados pelas OSS, com mais tempo de funcionamento (quatro anos), temos um gasto médio por internação anual (gastos totais do hospital/internações), em 2002, de R\$ 2,8 mil reais por internação, e em seis hospitais equivalentes da administração direta da Secretaria, tivemos R\$ 3,1 mil reais por internação para o mesmo indicador.

Sabemos que não é possível o estabelecimento de comparações diretas entre esses hospitais e outros de grande tradição e qualidade na prestação de serviços de saúde, em razão da variação de tipo e complexidade de seus atendimentos. Porém, é de interesse registrar que os valores acima apontados são bem mais baixos que aqueles encontrados em um hospital de primeira linha da iniciativa privada em São Paulo (R\$ 6,4 mil reais por internação) ou em hospitais universitários públicos (autarquias públicas), tanto em São Paulo (R\$ 6,5 mil reais por internação) como em Porto Alegre (R\$ 8,7 mil reais por internação).

Assim, devemos buscar para todos os demais prestadores de serviços do SUS um novo modelo de relacionamento, semelhante àquele desenvolvido para as OSS, adaptado para as diferentes situações e características dos hospitais.

Cabe destacar ainda a necessidade de melhorar a gerência nos serviços públicos próprios da Administração Direta. Alguns avanços foram conquistados, como as atas de registro de preços, que reduzem os prazos de compras, os pregões eletrônicos, que reduzem 15 a 30%, em média, os custos de aquisição, a informatização das unidades, que permitem a agilização e transparência da administração pública, além de facilitar a avaliação dos serviços prestados.

Outras medidas deverão ser desenvolvidas, no sentido de racionalizar e melhorar o atendimento, como por exemplo, a entrega de medicamentos pelo correio (para pacientes com moléstias crônicas e uso contínuo) e a marcação de consultas por telefone

entre serviços do SUS municipais e estaduais.

Entretanto, não se pode olvidar que o aperfeiçoamento gerencial e da assistência oferecida pelos serviços dependem substancialmente do desenvolvimento de recursos humanos, o que abordaremos, a seguir.

5. Recursos Humanos na Saúde e Humanização do Atendimento

Além da ampliação de cobertura do SUS e da garantia de integralidade, devemos desenvolver a humanização do atendimento, no sistema. A humanização não é uma questão específica da saúde, mas antes um conceito e uma prática que devem se incorporar à atenção às pessoas, em qualquer atividade que envolva usuários e profissionais da área social.

A importância da humanização na saúde é ainda maior, tendo em vista a fragilidade da condição do ser humano doente, que o torna muito mais inseguro e angustiado frente aos serviços médicos.

A busca do atendimento de boa qualidade nas unidades de saúde, num ambiente humano, que procure entender os pacientes e priorizar a resolução dos seus problemas, é fator imprescindível para que o SUS atinja seus verdadeiros objetivos na redução do sofrimento desses pacientes.

Exemplos de humanização são iniciativas como as do Hospital Amigo da Criança, uma estratégia de atendimento das mães e recém-nascidos, privilegiando o contato precoce e a permanência do bebê ao lado da mãe durante sua estada na maternidade, promovendo a amamentação e também o Método Mãe Canguru, que humaniza a assistência a recém-nascidos de baixo peso, possibilitando melhores resultados quanto à sobrevivência, intercorrências e tempo de permanência.

A Secretaria de Estado da Saúde tem desenvolvido uma série de ações voltadas à humanização: há cerca de dois anos instituiu o Programa Humanização da Assistência Hospitalar, que já envolve 36 hospitais do Estado (administração direta e indireta) que possuem núcleos de humanização capacitados, analisando as possíveis intervenções nos seus respectivos serviços. Até o final do ano (2003), outros dez hospitais da rede estadual serão incluídos no programa.

Entre outras atividades desenvolvidas estão o Projeto Acolhedores, atuando na detecção de problemas dos pacientes, auxiliando a organização do atendimento, informando e esclarecendo os pacientes que aguardam a prestação dos serviços; o incremento nas atividades do voluntariado; a criação de brinquedotecas nos hospitais com atendimento pediátrico.

A humanização na saúde não implica necessariamente aporte de grandes recursos, entretanto seu desenvolvimento é lento e laborioso, pois envolve mudanças culturais na organização e a existência de funcionários motivados, treinados e capacitados

para executar suas funções, além de disposição para mudanças nas rotinas da unidade, com acolhimento ativamente interessado na demanda.

A necessidade de humanização faz assim relembrar uma verdade, muitas vezes, esquecida: os recursos humanos representam o mais importante “ insumo ” da saúde.

O desenvolvimento de recursos humanos, na saúde, tem muitos desafios pendentes, sobre os quais deveremos atuar, se quisermos ter um avanço significativo no SUS.

■ No processo de descentralização/municipalização:

- o caso dos funcionários estaduais que se encontram em serviços municipalizados, que podem ter prejuízos salariais e em sua carreira pública (há aqueles que não recebem os prêmios assegurados aos demais profissionais da Secretaria de Estado da Saúde);

- a existência, em um mesmo serviço ou função, de profissionais com diferentes remunerações e regimes de trabalho, que dificultam sobremaneira a administração do serviço;

- ainda, não há soluções adequadas para a contratação de agentes de saúde para o Programa de Saúde da Família - PSF, bem como para os demais profissionais da equipe, na legislação existente no setor público.

■ A Lei da Responsabilidade Fiscal, que com seus limites no gasto de pessoal dificulta a implementação das ações de saúde, visto que a maior parte das despesas do setor saúde são com recursos humanos.

■ As normas que envolvem a questão de RH, no setor público, como a remuneração fixa e desestimulante, que ocasiona inibição da criatividade e produtividade, a morosidade dos processos de contratação ou de dispensação por falhas de desempenho, entre outras.

Um grande desafio é a criação de corpos estáveis de gerência no setor público, como foi o caso da carreira de sanitaria da década de 70, do século passado. A profissionalização da gerência, na saúde, é um dos pontos fundamentais para o efetivo progresso na prestação de serviços públicos de qualidade.

6. Conclusão

Não temos respostas para todas as questões aqui levantadas.

Podemos, contudo, afirmar com segurança que já conseguimos muito na construção do SUS, apesar das dificuldades e obstáculos encontrados na gestão do sistema, alguns dos quais comentamos aqui.

Sabemos aonde queremos chegar! Aperfeiçoar a universalidade, garantir a integralidade, obter a equidade, humanizar o atendimento são os desafios do momento.

Para conseguir superá-los, temos que mudar algumas práticas do sistema e otimizar outras, buscando ganhos de escala e de qualidade. Refazer, e continuamente, aperfeiçoar o planejamento regional, visando implementar a regionalização e a hierarquização que, pactuada entre todos os gestores públicos, mudem a conformação do SUS para melhor.

Nada se faz sem vontade política e aperfeiçoamento gerencial, porém o avanço do SUS depende também de recursos financeiros regulares e crescentes.

Somente assim o sistema pode resgatar a enorme dívida social acumulada e garantir plenamente a cidadania na área de saúde.

7. Referências

ALMEIDA C. **Eqüidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário.** Cad. Saúde Pública, 2002, vol.18 supl., p.23-36.

SECRETARIA DE GESTÃO DE INVESTIMENTOS EM SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Economia da Saúde – **Estimativas de Impacto da Vinculação Constitucional de Recursos para a Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. Série J, Cadernos, n. 4; 2001.

BAHIA L, ELIAS PE. **Interfaces Público-Privadas do Mercado de Planos e Seguros de Saúde no Brasil.** In Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001; p 11-21.

ARRETCHE M. **Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade social e autonomia.** Ciência & Saúde Coletiva, 2003; vol. 8, n.º 2, p. 331-345.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica – NOB/96.** Diário Oficial da União, 6 nov. 1996; seção I.

LEVCOVITZ E, LIMA LD, MACHADO CV. **Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas.** Ciência & Saúde Coletiva. 2001;Volume 6, número 2, p 269-291.

DISCUSSANTS. Ciência & Saúde Coletiva, 2003; vol.8, no.2, p.346-369.

MENDES EV. **Os Grandes Dilemas do SUS.** 1ª ed. Bahia: Casa da Qualidade Editora; 2001.

SOUZA RR. **A regionalização no contexto atual das políticas de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 2001; vol.6, n.º 2, p.451-455.

TEIXEIRA CF. **Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS.** Cad. Saúde Pública, 2002; vol.18 supl, p.153-162.

SILVA LK. **Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 2003; vol.8, no.2, p.501-520.

IBANEZ N, BITTAR OJNV, SÁ ENC, YAMAMOTO EK, ALMEIDA MF, CASTRO CGJ. **Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 2001; vol.6, no.2, p.391-404.

Boletim de Indicadores do PROAHSA - Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. 2002, n.º 26, Ano V, Abr/Jun; n.º 27, Ano VI - Jul/Set; n.º 28, Out/Dez. 2003, n.º 29, Ano VII, Jan/Mar. Disponível em <http://www.hcnet.usp.br/proahsa/>

Boletim de Indicadores do PROAHSA - Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. 2001, n.º 24, Ano V, Out/Dez. Disponível em <<http://www.hcnet.usp.br/proahsa/>>

O Papel do Gestor Estadual no Sistema Único de Saúde

Luiz Roberto Barradas Barata

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo.

Oswaldo Yoshimi Tanaka

Secretário Adjunto de Estado da Saúde de São Paulo e Professor
Titular do Departamento de Práticas de Saúde Pública da Faculdade
de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

José Dínio Vaz Mendes

Assessor Técnico da Secretaria de Saúde de São Paulo.

I. Introdução

Com 15 anos de existência, o SUS pode ser considerado atualmente um dos sistemas de saúde públicos de maior cobertura do mundo.

De fato, a complexidade e a amplitude dos serviços prestados pelo sistema representam um grande avanço na concretização de seu princípio fundamental: o direito de todos os cidadãos do país ao atendimento digno de suas necessidades de saúde.

Entretanto, o desenvolvimento e a organização do sistema não ocorreram de forma “mecânica”, ao longo do tempo, e refletem continuamente os conflitos e incertezas das políticas públicas no país e as dificuldades de sua implementação.

Entre os pontos que representam obstáculos a serem superados, está a questão da estrutura organizacional e funcional do sistema. Isto é, embora existam diversas diretrizes legais que tratem do assunto, não podemos deduzir de imediato, apenas dessas premissas, todas as relações necessárias entre os gestores, para que o SUS atinja plenamente suas finalidades.

O desenho do sistema deve resultar não só dos instrumentos normativos existentes, mas também da experiência e reflexão dos atores que participam de sua construção, enriquecendo e modificando as complexas relações estabelecidas e antecipando novas questões organizacionais.

Esse processo é essencial para que se encontrem soluções factíveis que possam melhorar efetivamente a atenção à saúde da população, tendo como parâmetros, os próprios princípios éticos do sistema.

Nesse contexto, tornam-se prementes a discussão, o esclarecimento e a implementação das funções do gestor estadual no SUS, uma vez que, na evolução histórica do sistema, esta é a esfera de governo cujo papel institucional a ser exercido se encontra mais debilmente definido, chegando, em alguns momentos, a ter suas atribuições praticamente fixadas por mera dedução “negativa”, isto é, atribui-se aos estados tudo aquilo que não for função definida para os municípios ou para a Federação.

Essa situação representará uma séria limitação ao avanço do SUS, se não for modificada, estabelecendo-se uma verdadeira gestão compartilhada do sistema. A análise dos princípios do SUS e, de forma breve, de seu desenvolvimento histórico, salientando os principais problemas que despontam atualmente, pode auxiliar no esclarecimento do papel da esfera estadual, que seja compatível com as funções exercidas pelos demais gestores do sistema.

2. Os Princípios do Sistema Único de Saúde - SUS

Os princípios do SUS, fixados na Constituição Federal em 1988 e detalhados na Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8080/90 e 8.142/90), foram o resultado de um longo processo histórico e social, que buscava interferir nas condições de saúde e na assistência prestada à população brasileira.

Podemos, como outros autores, dividir os princípios fundamentais do SUS em dois grandes grupos: os doutrinários e os organizacionais.

Os princípios doutrinários (ou éticos) referem-se aos objetivos finalísticos do sistema, isto é, expressam os valores que nossa sociedade escolheu e considerou como ideais, a serem conquistados na área da saúde, e incluem os seguintes itens:

- a universalidade ou direito universal à saúde, para todos os cidadãos, independentemente de qualquer contribuição financeira prévia ao sistema;
- a integralidade ou atendimento integral à saúde, entendido como a articulação de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, necessários para efetivamente melhorar os níveis de saúde da população;
- a equidade, compreendida como o reconhecimento das diferenças existentes nas necessidades de saúde, quer regionais, quer individuais, com o desenvolvimento de ações objetivando a justiça social, isto é, que reduzam a exclusão e beneficiem prioritariamente aqueles que possuem piores condições de saúde.

Os princípios organizacionais (ou operativos), referem-se aos processos que efetivarão e realizarão os objetivos últimos do SUS. São justamente essas diretrizes que indicam embrionariamente a "arquitetura" do sistema, em nosso país, e incluem os seguintes pontos:

- a descentralização de ações e serviços de saúde, com direção única em cada esfera de governo, conforme prevê a Constituição Federal, complementada pela Lei n.º 8.080/90(4), que acrescentou a "ênfase na descentralização para os municípios (ou municipalização)".

Somente um sistema descentralizado permitiria a maior participação de todos os interessados na formulação da política e na implantação de serviços e ações de saúde, adaptados às diferentes regiões do país e realidades de saúde.

O município é o melhor âmbito para tratar diretamente a questão da saúde, uma

vez que é o ente federado mais próximo da realidade da população, sendo capaz de identificar as peculiaridades e as diversidades locais, e estaria assim mais acessível à participação, avaliação e fiscalização dos cidadãos, usuários diretos do sistema:

- a participação da população na formulação e acompanhamento das políticas do sistema;
- a regionalização e a hierarquização da rede de serviços assistenciais: princípios imprescindíveis para a racionalização do sistema.

3. A Descentralização no Estado - Um breve Histórico

A descentralização e a municipalização de ações e serviços de saúde tiveram suas primeiras iniciativas em datas anteriores à própria Constituição Federal, como é o caso do Programa Metropolitano de Saúde, em 1982, o Programa AIS – Ações Integradas de Saúde, em 1983 e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, em 1987.

Esses movimentos iniciaram a municipalização das unidades de saúde estaduais que prestavam serviços de atenção primária à saúde, tais como as Unidades Básicas de Saúde – UBS e os laboratórios locais no Interior e a estadualização dos serviços próprios hospitalares e ambulatoriais da Previdência.

Até 1993, contudo, apesar dos avanços institucionais, e principalmente políticos, ocorridos na área de saúde, no país, os municípios tinham um papel restrito, limitando-se à gerência de serviços de saúde de atenção primária.

O desenvolvimento da gestão municipal de saúde iniciou-se apenas a partir de 1993, quando o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional Básica – NOB/93.

A NOB/93 criou as formas alternativas de gestão: incipiente, parcial e semiplena. Apenas nesse último nível, os municípios assumiam responsabilidades e tinham maior controle da gestão do sistema. Essa norma também estabeleceu as Comissões Intergestores (Tripartite e Bipartite) e previu as transferências de recursos fundo a fundo, conforme o tipo de gestão.

No início de 1995, São Paulo tinha apenas 11 municípios habilitados na gestão semiplena em saúde, 23, com gestão parcial e 123, com gestão incipiente, permanecendo 398 municípios sem nenhuma forma de habilitação nas gestões previstas naquela norma do SUS.

A implementação da NOB 96, ao criar as categorias de gestão municipal (Gestão Plena de Sistema de Saúde Municipal – GPSM e a Gestão Plena de Atenção Básica de Saúde), permitiu inegáveis avanços no processo de descentralização.

É o caso do financiamento do sistema, com a introdução do repasse per capita, decorrente da implementação do Piso da Atenção Básica – PAB, para as ações de atenção básica desenvolvidas pelos municípios. Essa mesma norma introduziu a adoção de incentivos específicos para áreas estratégicas, aumentando a transferência de recursos fundo a fundo.

Já os municípios que se habilitaram na Gestão Plena de Sistema, passaram a ter controle de todos os serviços de saúde que atendiam sua população, recebendo diretamente no Fundo Municipal de Saúde os recursos federais (“tetos” financeiros) destinados a esses serviços, rompendo com a lógica de pagamento por serviços prestados.

No Estado, desde 1995, foi grande o avanço do processo de descentralização coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde, com a parceria do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS.

Chegamos, em 2003, com 161 municípios gestores plenos de saúde e 482 gestores plenos de atenção básica (restando apenas 2 municípios sem habilitação). A Capital, que permaneceu sem habilitação até o final de 2000, pleiteou a Gestão Plena de Atenção Básica em Saúde, em 2001.

Até meados de 2002, todas as unidades estaduais de atenção primária foram transferidas para a gestão municipal e, portanto, podemos afirmar que atualmente a atenção primária no Estado de São Paulo é totalmente gerida pela esfera municipal.

4. Algumas reflexões críticas sobre a descentralização no SUS

Ao lado de suas razões e vantagens, a descentralização trouxe também novos desafios, que devem ser levados em conta para que o desenvolvimento do sistema possa atingir seu objetivo último que é garantir o acesso universal, integral e equitativo da população ao sistema de saúde.

Apesar do avanço representado para a gestão municipal, a NOB/93 praticamente não abordava o papel da gestão estadual e assim favorecia a fragmentação do SUS.

Esse fato foi reconhecido no texto da NOB 96, que apontava, ao lado das vantagens da responsabilização dos gestores municipais, “o elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando, até mesmo, a unicidade do SUS”.

Mendes, 2001, descreve problemas reais ocorridos no processo de municipalização em diversas regiões do Brasil, pelo qual os municípios expandem a atenção médica sem nenhuma articulação regional, com desperdício de recursos públicos gerados pela ineficiência na prestação da assistência, com serviços de saúde (hospitais) atendendo com baixa taxa de ocupação, com aparelhos de apoio laboratorial (como ultrassom) trabalhando com ociosidade, entre outros problemas.

Outros problemas, paulatinamente percebidos e apontados por Ribeiro & Costa, 2001, são relacionados à baixa equidade nas transferências federais, reduzida capacidade técnica de muitos municípios, perda de escala na provisão de serviços especializados, fragmentação política e competição orçamentária predatória.

Pode-se observar que a descentralização não tem, por si só, conseguido determinar transformações significativas no modelo assistencial existente nas regiões, repetindo na escala municipal, erros já existentes anteriormente na assistência à saúde.

Mesmo com a implementação da estratégia do Programa de Saúde da Família, ainda encontramos sérios problemas de qualidade na atenção básica ou primária, pois muitos municípios gastam recursos significativos com serviços assistenciais de baixo poder resolutivo, que encarecem o sistema e não atendem às necessidades reais de saúde da população.

Já os conflitos dos gestores municipais entre si e com o gestor estadual, muitas vezes limitados à discussão sobre a divisão de tetos financeiros do SUS (insuficientes para o Estado de São Paulo), refletem, entre outros pontos, a imprecisão na definição do papel do gestor estadual (LEVCOVITZ ET AL., 2001) e a ausência de um desenho de regionalização do sistema.

Esses fatos dificultam a atribuição de responsabilidades sobre as ações de saúde regionais, inclusive aquelas prestadas por um município com gestão plena, que são destinadas não só a seus munícipes, mas também aos cidadãos de municípios vizinhos.

Muitas são as queixas dos pequenos municípios, gestores somente da atenção básica, sobre as “portas fechadas” dos serviços de saúde de referência, localizados em municípios vizinhos, o que por vezes estimula a busca de “soluções” locais, com investimentos em unidades mais complexas, sem nenhuma viabilidade econômica e técnica.

Todos esses pontos destacam que o processo de municipalização no Estado, tal como também ocorreu no país, não foi acompanhado adequadamente pelo avanço na regionalização e na hierarquização da rede de serviços do SUS.

Este problema foi reconhecido pelo Ministério da Saúde e tornou-se o objetivo principal da Norma Operacional da Assistência a Saúde - NOAS/01, 2001, republicada em 2002, que propôs para o aprimoramento do processo de descentralização uma estratégia de regionalização, com elaboração de um Plano Diretor de Regionalização.

Esse plano define as áreas geográficas (módulos), os fluxos e pactuações entre os gestores (Programação Pactuada Integrada – PPI), no sentido de organizar efetivamente uma rede hierarquizada e regionalizada.

Se o processo de planejamento desencadeado em 2002 pela NOAS, em nosso Estado, representou um avanço ao situar o plano regional como unidade de planejamento assistencial, a efetivação de seu desenvolvimento e o sucesso de suas premissas, ainda, dependem da definição mais clara dos papéis dos gestores e de mecanismos para o acompanhamento e aperfeiçoamento do novo desenho organizacional/funcional.

Podemos destacar ainda algumas situações que devem ser levadas em conta, por representarem dificuldades reais no desenvolvimento de um sistema descentralizado:

- a universalidade sem a integralidade: é aquela situação que poderia ser denominada de “SUS para pobres”, no qual temos apenas o atendimento básico universal, sem conseguir estruturar serviços de média e alta complexidade que dêem cobertura suficiente e adequada para todos. Tal fato ocorre na maioria das regiões do país, obrigando a população a longas peregrinações, até mesmo a outros estados, em busca dos tratamentos de que necessita, na maioria das vezes, enfrentando filas e exagerado tempo de espera para obtê-lo.
- a integralidade sem a universalidade: se o sistema se desenvolver sem a aplicação criteriosa da equidade, pode resultar em municípios e regiões com grande concentração de serviços, beneficiando prioritariamente sua população, ao lado de outros sem acesso aos recursos mais complexos.
- a questão dos recursos humanos: reconhecidamente, o mais importante “insumo” da saúde, a política de RH enfrenta questões ainda não solucionadas:

- os funcionários estaduais “municipalizados”, que podem ter prejuízos salariais e em sua carreira pública (há aqueles que não recebem sequer a substituição de prêmios assegurados aos demais profissionais da Secretaria de Estado da Saúde, como o prêmio de incentivo);

- a existência, em um mesmo serviço ou função, de profissionais com diferentes remunerações e regimes de trabalho, que dificultam sobremaneira a administração do serviço;

- soluções adequadas para a contratação de agentes de saúde para o Programa de Saúde da Família - PSF, bem como para os demais profissionais da equipe, na legislação existente no setor público;

- a Lei da Responsabilidade fiscal com seus limites no gasto de pessoal, pois sabemos que a maior parte das despesas do setor saúde são com recursos humanos.

5. A Gestão compartilhada do Sistema entre as esferas de Governo

5.1 Atribuições gerais e a direção única no SUS

Não alcançaremos a clareza necessária do papel a ser desempenhado pela esfera estadual, sem abordar as demais esferas de governo, em especial os municípios, delimitando os aspectos gerais de suas atribuições. Para tanto, é preciso considerar as diretrizes e normas legais já existentes, bem como o caminho que vem sendo percorrido na implantação do sistema, mantendo avaliação crítica sobre este mesmo.

Inicialmente, deve-se salientar que o desenvolvimento do SUS, conforme prevê a Constituição Federal, é de responsabilidade das três esferas de governo, de forma concorrente, em suas respectivas áreas de abrangência, uma vez que o direito universal à saúde é dever do Estado (sem distinção) e o financiamento do sistema tem, como fonte, recursos do orçamento da União, dos estados e dos municípios.

Por essa razão, a Lei n.º 8.080/90 define como atribuição comum de todos, em cada âmbito: a elaboração do planejamento de saúde; a definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde; o acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população; a organização de um sistema de informação, entre outras, no sentido de que os três níveis gestores tenham o conhecimento das necessidades de saúde, planejem as ações e verifiquem o desempenho do sistema, em sua própria área de abrangência.

Fica claro também, em razão do ao princípio da descentralização, com ênfase na municipalização de serviços, que os municípios se destaquem como os principais responsáveis pela execução ou coordenação de ações e serviços de saúde prestados diretamente à população.

Podemos entender assim que a responsabilidade da gestão municipal de saúde consiste no planejamento e execução da política de saúde, de forma a atingir todos os objetivos do SUS, para a população do próprio município.

É aqui que se aplica, a nosso ver, a diretriz da “ direção única por esfera de governo”. A direção única refere-se à prerrogativa que o gestor municipal de saúde possui de estabelecer integralmente a política de saúde do SUS, para o âmbito de sua população.

Assim entendida, a direção única não deve ser confundida com o comando único

de todos os serviços de saúde que se encontrem na área geográfica de um município, como infelizmente foi estabelecido na redação da NOAS/01, do Ministério da Saúde, pois entre esses serviços podem existir aqueles de alta complexidade, que são referência para cidadãos de outros municípios.

Certamente, se o estabelecimento da direção única nas normas do SUS tem por objetivo evitar que a política de saúde de uma esfera de governo fique dividida, como outrora ocorreu entre a Previdência e a saúde, podemos concluir que todos os serviços de saúde que tenham caráter local devam ficar sob gestão municipal (embora não necessariamente sob gerência municipal), garantindo assim uma única política para a saúde de seus municípios.

Porém, não há por que a gestão dos serviços de saúde de caráter regional, metropolitano ou até estadual (isto é, que atendem municípios de diversos municípios) ser obrigatoriamente realizada pelo município em que o serviço se localiza. Não existe razão, seja do ponto de vista técnico, seja do ponto de vista político e participativo, que justifique fechar questão quanto ao comando único municipal.

- Ser a sede geográfica do serviço não transforma necessariamente o município no melhor gestor para o serviço. Não há garantia de que o poder municipal se interesse em atender às demandas de municípios de outros municípios e regiões ou mesmo facilite a participação destes, na formulação ou no controle da política regional de saúde.
- O efetivo compromisso político do prefeito é com o conjunto de seus eleitores/municípios. O fórum de participação popular existente é o Conselho Municipal de Saúde, que não agrega representantes de outros municípios.
- Tampouco os municípios têm obrigação de possuir equipe técnica para o planejamento e gestão da atenção à saúde de alta complexidade/custo, voltada para uma região que transcende geograficamente os limites e as necessidades municipais.
- Frisamos: a direção única de um município aplica-se à política de saúde de sua própria população e não à população dos demais municípios, circunvizinhos.

Portanto, podemos concluir que a gestão de um serviço de saúde, utilizado por vários municípios, deve ser decidida levando-se em conta as características concretas de cada situação, buscando mecanismos racionais que compatibilizem os interesses, sem a adoção de respostas fechadas, baseadas unicamente em norma operacional do Ministério, que não pode se sobrepor à Constituição Federal ou à Lei n.º 8080/90.

O texto desses diplomas legais estabelece a "descentralização, com direção única em cada esfera de governo", não havendo nenhuma determinação que obrigue o comando único de todos os serviços e ações de saúde, na área geográfica de um município, por uma das esferas de governo. Voltaremos a essa questão quando discutirmos o papel da gestão estadual com relação aos serviços de saúde de maior complexidade.

Algumas observações adicionais sob a gestão municipal, podem ser feitas.

- O gestor municipal tem responsabilidade em prever, garantir e acompanhar todas as necessidades de saúde, isto é, deve preocupar-se com a universalidade, a equidade e a integralidade da assistência à saúde para toda a população de seu próprio município.
- Obviamente, o município não contará apenas com os recursos financeiros da administração municipal para esses fins, uma vez que, conforme já vimos, existe responsabilidade concorrente das demais esferas, para com o sistema.
- Da mesma forma, isso não significa que, do ponto de vista operacional, o município tenha que executar todas as ações de saúde para sua população, em serviços próprios municipais ou outros (conveniados), localizados na área geográfica do próprio município.
- Em razão das suas características demográficas, econômicas e sociais, parte dos municípios acaba assumindo apenas a gestão de atenção básica de saúde, gerenciando diretamente a rede local de unidades básicas de saúde e de equipes de saúde da família.
- No caso dos municípios que assumiram a gestão plena de sistema de saúde, além de gerenciar a rede de unidades municipais, podem assumir a gestão de serviços de saúde conveniados (hospitais ou outras unidades filantrópicas) ou contratados para atender à sua população, porém, mesmo nesses casos, podem existir carências de serviços terciários e especializados.
- Daí a absoluta necessidade de se estabelecer uma rede de saúde regionalizada e hierarquizada, que possa servir de referência aos serviços municipais.
- Finalmente, conforme previsto na Lei nº. 8080/90, os municípios devem “participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual”.

Todas as observações anteriores tornaram-se necessárias para que possamos esclarecer e propor o papel do gestor estadual, de tal forma que sua atuação seja complementar e compartilhada com os municípios, sem ocasionar conflitos ou duplicidades indesejáveis.

5.2 Gestão Estadual do SUS - Propostas e Diretrizes

Inicialmente, tal como os municípios, a gestão estadual deve se responsabilizar pelos princípios éticos do SUS: a universalidade, a equidade e a integralidade, na área de abrangência do Estado.

Nesse sentido, todas as ações de saúde do sistema, executadas no Estado, seja qual for sua complexidade, são objeto de interesse para a Gestão Estadual, uma vez que existe necessária interdependência entre elas. Entretanto, o tipo de atuação do gestor estadual deverá ser diferenciado, conforme a complexidade das ações, em razão

justamente da descentralização.

Assim, com a finalidade de facilitar a discussão, delimitando melhor as funções da esfera estadual, podemos abordar inicialmente seu papel com relação à atenção primária em saúde, sempre procurando os aspectos mais gerais, evitando-se o detalhamento de ações específicas.

5.2.1 Atenção Primária

Nesse nível da atenção, podemos apontar diferenças significativas entre as funções dos gestores: por cauda do grande avanço da descentralização e municipalização de ações e serviços de saúde, a atenção primária, “porta de entrada” do sistema (base sem a qual é impossível a verdadeira modificação dos padrões de saúde populacionais) é completamente gerida pela esfera municipal, não havendo mais serviços desse tipo sob gerência ou gestão estadual.

São os municípios que garantem o primeiro nível de atenção a todos os cidadãos, isto é, a universalidade de acesso ao SUS.

Podemos dizer que, no Estado de São Paulo, praticamente toda a população consegue acesso à atenção primária, entretanto é reconhecido que sua qualidade não é suficientemente resolutiva.

Citamos, como importantes programas municipalizados e prioritários para a saúde coletiva, questões como: as imunizações; o controle da epidemia da dengue e de outras endemias (tuberculose, hanseníase, etc.); os programas de saúde da família; programas de controle da hipertensão e diabetes; a prevenção e controle do câncer cérvico-uterino e outros tipos de câncer; a vigilância epidemiológica dos óbitos maternos e infantis; as ações coletivas de saúde bucal; o pré-natal e o programa de saúde da criança; em especial nos primeiros anos de vida; e o atendimento ambulatorial de saúde mental; entre outros.

Além da própria saúde e qualidade de vida da população, os serviços de atenção secundária e terciária do SUS (hospitalares e ambulatoriais) sofrem conseqüências diretas da qualidade desses programas, como por exemplo:

- o controle da dengue realizado inadequadamente em um único município põe a perder todo o esforço de uma região e pode resultar em necessidades hospitalares de alta complexidade (UTI para os casos hemorrágicos). Isso se aplica também à cobertura vacinal, como de fato já ocorreu no passado, com o sarampo;
- doenças crônico-degenerativas (hipertensão ou diabetes) mal controladas impõem internações custosas ao sistema, assim como a ausência de diagnóstico precoce pode resultar em procedimentos caros, como nos casos de câncer cérvico-uterino;
- torna-se impossível reduzir as “filas” e a demanda reprimida em ambulatórios de

especialidade regionais, se as unidades básicas e em especial o Programa de Saúde da Família não tiverem capacidade resolutive e encaminharem uma alta proporção de seus casos para consultas de especialistas.

Portanto, o primeiro papel que desponta para o gestor estadual é a avaliação e acompanhamento dessas atividades, visando à melhoria da qualidade da assistência primária, desenvolvida pela esfera municipal.

Isto é, em um sistema descentralizado, não cabe mais à esfera estadual a gestão direta das ações que garantem a universalidade de acesso, porém em relação a esse princípio do SUS, deve o gestor estadual observar e interferir no sistema, para que todos os cidadãos do Estado tenham acesso universal a serviços de atenção primária municipais, com qualidade e resolubilidade.

No exercício desse papel pelo gestor estadual, podem ser destacadas algumas linhas de ação, relacionadas a seguir.

■ Desenvolver a equidade entre os municípios é uma das funções do gestor estadual e exige que sejam auxiliados prioritariamente aqueles municípios com menos recursos, decorrentes de baixo desenvolvimento econômico e com maiores problemas de saúde.

- Nesse sentido, as propostas de custeio direto das atividades de atenção primária municipais com recursos estaduais, sob a forma de repasses automáticos per capita, reproduzindo e ampliando o que já ocorre com o PAB federal, podem ser consideradas pouco apropriadas para gestores que têm gerência de serviços próprios.

- Essa forma de repasse, embora tenha contribuído historicamente para estimular a gestão municipal, não diferencia os avanços e necessidades específicas de cada região e não colabora para que o gestor municipal seja estimulado na busca da melhor qualidade de serviços.

- Impõe-se a busca de novos mecanismos de financiamento que reduzam as desigualdades entre os municípios e estimulem o aperfeiçoamento das ações de saúde e a ampliação dos modelos e estratégias de atenção mais adequadas à realidade epidemiológica do Estado.

- Um exemplo desse tipo de repasse financeiro é o realizado pelo Governo do Estado de São Paulo, auxiliando a criação de equipes de saúde da família nos municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), indicadores de saúde inadequados ou com áreas de assentamentos e comunidades remanescentes de quilombos.

■ Priorizar investimentos que possam otimizar a prestação de serviços básicos de saúde, auxiliando os municípios que não tenham condições de efetuar reformas de unidades básicas ou aquisição de equipamentos, fundamentais para melhorar a resolubilidade da atenção.

- Estabelecer parceria da Secretaria Estadual de Saúde, representada pelas suas regionais, com os municípios, acompanhando, planejando, monitorando, capacitando e assessorando a esfera municipal nas ações que sejam consideradas prioritárias para o SUS, avaliando o desempenho do sistema municipal, para correção dos desvios e estímulo às ações adequadas.
- Tornar público o conhecimento dos problemas e soluções nas atividades de saúde de assistência primária, como por exemplo, estabelecendo a comparação entre municípios e regiões por meio de rankings, obtidos de indicadores escolhidos por programa ou atividade e também divulgar as experiências e práticas que resultaram em êxito e produziram resultados positivos para a saúde da população.
- Cabe ainda ao Gestor estadual ser a “ incubadora ” de novas propostas e estratégias de atenção primária, aqui entendida em seu sentido mais amplo, incluindo as atividades de promoção e prevenção em saúde, que possam ser reproduzidas pelos municípios, como foram os casos dos programas multi-institucionais, como o “ Agita São Paulo ”, o “ Educação + Saúde: não existe melhor remédio ”, o “ Prevenção Também se Ensina ”, entre outros.
- Finalmente, com relação à capacitação e atualização permanente dos técnicos e funcionários municipais, o Gestor Estadual deve, entre outras funções:
 - detectar as principais necessidades e prioridades para o desenvolvimento do SUS e participar do planejamento conjunto com os municípios e os órgãos universitários, de centros de formação, capacitação e treinamento para os programas de interesse do sistema, como é o caso do Programa de Saúde da Família e da fixação de cronograma de cursos de atualização e educação continuada a serem desenvolvidos;
 - testar e propor o uso de novas tecnologias que possam facilitar essa capacitação, como a parceria com escolas médicas e cursos universitários para metodologia de ensino a distância, com uso de tele-educação, conferências e seminários on line, salas virtuais, cursos pela internet, etc. facilitando o acesso dos médicos e demais técnicos da saúde ao conteúdo didático, em qualquer local do Estado.

5.2.2 Atenção Secundária e Terciária

Se a atenção primária garante a universalidade de acesso ao SUS, a integralidade da assistência é garantida em seus hospitais gerais, ambulatórios e hospitais especializados e de referência.

O gestor estadual mantém importante papel na garantia da integralidade no SUS, porém temos situações distintas, conforme o tipo de habilitação municipal, gestão plena de sistema municipal ou apenas de atenção básica.

O atendimento básico tem sua resolubilidade bastante prejudicada se os pacientes têm dificuldade de conseguir atendimento ambulatorial especializado ou apoio

diagnóstico laboratorial, tendo que percorrer diversos serviços, sem referências formais ou agendamento garantido, com gasto desnecessário de tempo e agravamento de sua situação de saúde.

Isso se aplica também ao atendimento hospitalar de qualidade, nas especialidades necessárias e no momento propício, como nos casos que requerem atendimento de urgência/emergência, clínico ou cirúrgico, internações em UTI, atendimento ao parto, especialmente na gravidez de alto risco, aos recém nascidos e prematuros que precisam de berçário e UTI neonatal.

Sabemos que a distribuição dos hospitais de maior porte privilegia os grandes centros e provoca acesso desigual aos pacientes, prejudicando justamente as regiões mais carentes e com piores níveis e indicadores de saúde.

Na gestão municipal de atenção básica, os recursos hospitalares e ambulatoriais (de especialidade) permanecem sob gestão direta da Secretaria de Estado da Saúde e, em alguns casos, sob sua gerência, independentemente de serem serviços de referência regional ou predominantemente local.

Já no caso dos municípios plenos de sistema municipal, encontramos a maioria dos serviços de saúde (locais ou regionais) sob gestão municipal, mantendo-se apenas os serviços terciários e especializados mais complexos, na gestão estadual.

Essa situação destaca-se tanto nas regiões metropolitanas do Estado, que possuem grandes hospitais universitários estaduais, com serviços de abrangência não apenas regional, como também estadual e, em alguns setores, até nacional, quando em outros hospitais especializados sob gestão estadual, que compõem a rede hierarquizada do Estado, para atendimento de câncer, transplantes, cirurgias cardíacas, etc.

Nesse sentido, algumas premissas podem ser salientadas.

- É necessário impulsionar os princípios organizacionais do SUS, menos desenvolvidos até o momento: a regionalização e a hierarquização.
- A ampliação do acesso da população das diferentes regiões do Estado somente será possível, se os serviços e ações de saúde estiverem integrados em uma verdadeira rede de saúde.
- Contudo, a regionalização não pode ser entendida como a simples reorganização dos fluxos de referência e contra-referência entre os serviços de saúde, embora essa questão também seja importante.
- A regionalização e a hierarquização devem ir adiante, com o estudo e a reestruturação do próprio sistema existente nas regiões, modificando o papel e as funções dos serviços de saúde e até, verificando a sua viabilidade e funcionalidade.
- As necessidades epidemiológicas regionais e indicadores técnicos assistenciais devem ser utilizados como parâmetros de reorganização, no lugar da simples oferta de serviços que orientou historicamente o estabelecimento da rede de assistência à saúde.

- Somente com a utilização de outra lógica organizadora para a rede, que incorpore os aspectos epidemiológicos, a racionalidade e a otimização do uso dos recursos, será possível nos aproximarmos do objetivo de garantir a integralidade da atenção à saúde a todos os pacientes.
- Ainda mais quando sabemos que os serviços regionais e de referência são, em geral, os de maior complexidade e custo para o sistema, tal como a terapia renal substitutiva, a quimioterapia e radioterapia, os exames especializados (tomografia, ressonância, etc.), o atendimento de urgências e emergências, as unidades de terapia intensiva, o atendimento à gestação e aos neonatos de alto risco, as cirurgias de maior complexidade.

Com essa brevíssima e limitada descrição da situação, podemos apontar como papel da esfera estadual, neste nível assistencial, a busca da equidade, entre os municípios, no acesso aos serviços de maior complexidade, de forma a garantir a integralidade na atenção à saúde para todos usuários do SUS, no Estado de São Paulo.

O papel da esfera estadual acima referido pode então ser dividido em:

- coordenar o processo de planejamento regional, definindo os parâmetros e indicadores assistenciais a serem utilizados, levando sempre em conta as normas e protocolos elaborados pelo Ministério da Saúde:

- não será possível obter sucesso nesse processo, sem a participação ativa de todos os municípios, que poderão contribuir para o planejamento e a construção do SUS em suas respectivas regiões.

- a gestão municipal não pode se limitar à melhoria de atendimento no âmbito local, mas deve abranger um panorama mais amplo, incorporando a “questão regional” no horizonte de suas preocupações, buscando contribuir decididamente para a evolução do sistema nessa direção, uma vez que o estabelecimento da rede hierarquizada e regionalizada de serviços beneficiará a totalidade dos cidadãos do Estado.

- Assim, devem ser fortalecidos os espaços regionais de discussão e planejamento, inclusive quanto à oportunidade de investimentos na rede de saúde.

- Desenvolver os mecanismos de regulação regional do SUS, seja para atenção hospitalar ou ambulatorial, atendimentos de alta e média complexidade, atendimentos de urgências e emergências.

- Esses mecanismos incluem estratégias de avaliação e controle contínuo do desempenho desses serviços, a serem compartilhados com os municípios;

- Também, incluem avaliação constante do montante de recursos do SUS, repassados aos hospitais, municípios e regiões (“tetos financeiros”), a ser discutido com os municípios para suas repactuações e otimização.

- Identificar e investir nos serviços regionais já existentes, com perfil para atuação

regionais, com levantamento de suas necessidades materiais e de recursos humanos para sua adequação, tendo como contrapartida sua integração plena na rede do SUS.

- Desenvolver novas formas de contratação de serviços hospitalares, que sigam a lógica da necessidade e não da oferta, por meio de contratos de gestão com metas pré – fixadas, na busca da qualidade, eficiência e efetividade dos serviços prestados, num processo contínuo de acompanhamento e negociação com o prestador de serviços.
- Criar e experimentar novas modalidades de serviços de referência para necessidades especiais em saúde, que possam servir como modelo a serem reproduzidos pela gestão municipal, como é o caso do Centro de Referência do Idoso – CRI.
- Desenvolver e testar novas tecnologias de informação e comunicação entre os serviços municipais, regionais e estaduais, que garantam o aperfeiçoamento contínuo do sistema e maior rapidez na detecção de problemas assistenciais de caráter regional.
- Manter a gestão dos serviços de saúde do SUS (secundários e terciários) nos municípios que sejam gestores de atenção básica.
- Acompanhar a gestão municipal de serviços hospitalares e divulgar as experiências de sucesso nesse nível de atendimento, principalmente na formação de redes de saúde microrregionais e na humanização do atendimento.
- Discutir e propor, em conjunto com os municípios, as formas de gestão para os serviços mais complexos do Estado, inclusive os universitários estaduais.

Com relação a esse último item, conforme já argumentamos no item 1, entendemos que o comando único, recomendado pela NOAS, é uma interpretação equivocada e não se confunde com a direção única prevista na Constituição Federal. Por esses motivos, não deveria ser aplicado “ automaticamente” à gestão de serviços.

Levando em conta a experiência adquirida no processo de descentralização já desenvolvido em nosso Estado, em municípios como Campinas, sede de uma região metropolitana, manteve-se, até o momento, de comum acordo entre os gestores, a gestão estadual compartilhada com a municipal, com resultados satisfatórios para o SUS.

Encaminha-se solução semelhante para a Capital, com a gestão municipal dos serviços de saúde de caráter eminentemente local (inclusive estaduais) e a gestão compartilhada dos demais, que possuem caráter regional ou estadual.

É por essas razões que a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo tem procurado, nesses casos, desenvolver um processo de descentralização gradativo e consensual, no Estado, com a participação de todos os gestores municipais interessados.

Consideramos entretanto, como absolutamente legítimo, que a esfera estadual seja gestora de serviços de alta complexidade, de caráter regional ou estadual, estando tal fato de acordo com as diretrizes do sistema.

Note-se que a interpretação expressa na NOAS teve sua origem em omissão do texto da NOB/96, que, em sua descrição do papel estadual, reservou para a gestão

estadual de serviços de saúde, apenas “ assumir, em caráter transitório (o que não significa caráter complementar ou concorrente), a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade” .

Essa diretriz, que é perfeitamente aplicável aos serviços de saúde de caráter local, deixa em aberto a questão dos serviços de alta complexidade.

A NOB/96 salienta que dependem de negociação e pacto com os diversos atores envolvidos, diversos itens, entre os quais, a “ responsabilidade estadual no tocante à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, ao tratamento fora do domicílio e à disponibilidade de medicamentos e insumos especiais, sem prejuízo das competências dos sistemas municipais” ;

Notamos ainda que a Lei nº. 8080, diferentemente da NOAS e da NOB/96, estabelece claramente como competência da direção estadual (artigo 17º), não só “ coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa” (inciso X), mas “ identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional” (inciso IX).

A decisão quanto a esses serviços ficarem sob gestão estadual, municipal ou compartilhada deve, portanto, ser sempre resultado de considerações técnicas, administrativas e de planejamento de saúde, e jamais de princípios normativos duvidosos.

Concluimos assim que a esfera estadual tem um papel intransferível, de aperfeiçoar e fazer a vigilância da universalidade, obtida pela descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde e garantir a integralidade e a equidade no SUS.

A conquista da universalidade, da integralidade e da equidade depende da integração de esforços, otimizando e racionalizando os recursos existentes, construindo uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, que atenda às questões de saúde relevantes de um ponto de vista epidemiológico de cada região, para a qual o gestor estadual tem papel imprescindível.

6. Referências

ALMEIDA, E. S. de; CHIORO, A. & ZIONI, F. **Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: Antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS.** In WESTPHAL, M. F. & ALMEIDA, E. S. de (Org.). Gestão de Serviços de Saúde. EDUSP. 2001. p 13 - 49.

CUNHA, J. P. P. da & CUNHA, R. E. da. **Sistema Único de Saúde – Princípios .** In BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde – Textos Básicos. 2001. p 285 – 304.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS – Descentralização.** Caderno da Secretaria Executiva/Ministério da Saúde. 2000.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Diário Oficial da União, n. 182, pp. 18055-18059, 20 set. 1990, seção I.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 545, de 20 de maio de 1993.** Aprova a Norma Operacional Básica 01/93. NOB /93. Diário Oficial da União, p. 6961, 24 maio. 1993, seção I.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996.** Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – 01/96. NOB/SUS 01/96. Diário Oficial da União, 6 nov. 1996, seção I.

MENDES, E.V. **Os Grandes Dilemas do SUS.** Coleção Saúde Coletiva, Editora Casa da Saúde, 2001.

RIBEIRO, J.M. & COSTA, N.do R. **Experiências em gestão descentralizadas de redes e organizações.** In NEGRI B. & GIOVANNI, G. di (Org.). Brasil – Radiografia da Saúde. NEPP-UNICAMP, 2001.

LEVCOVITZ, E.; Lima, L.D. de & Machado, C.V. **Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas.** Ciência e Saúde Coletiva. Volume 6, número 2, p 269-291. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 95 de 26 de janeiro de 2001.**

Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial da União, p. 23, 29 jan.2001, seção I.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 373 de 27 de fevereiro de 2002.** Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial da União, p. 52, 28 fev.2002, seção I.