

Educação Profissional e Docência em Saúde:
a formação e o trabalho do agente
comunitário de saúde



**Políticas de Saúde:
a organização e a
operacionalização do
Sistema Único de Saúde**



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Paulo Buss

Vice-Presidente de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico

José Rocha Carvalheiro

Coordenador da Área de Fomento e Infra-Estrutura

Win Degrave

Coordenadora do Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública (PDTSP)

Mirna Teixeira

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO

Diretor

André Malhão

Vice-Diretora de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico

Isabel Brasil Pereira

Vice-Diretor de Desenvolvimento Institucional

Sergio Munck

Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde

Coordenadora

Márcia Valéria G. C. Morosini

Esta publicação contou com o apoio do PDTSP/Fiocruz

Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde

Organizadoras

Gustavo Corrêa Matta

Ana Lúcia de Moura Pontes



Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica

Marcelo Paixão

Capa

Gregório Galvão de Albuquerque

Diego de Souza Inácio

Revisão

Janaína de Souza Silva

Soraya de Oliveira Ferreira

Revisão Técnica

Ana Lúcia de Moura Pontes

Anamaria D'Andrea Corbo

Gustavo Corrêa Matta

Márcia Valéria G. C. Morosini

Catálogo na fonte
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Biblioteca Emília Bustamante

M435p Matta, Gustavo Corrêa.
Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de
saúde. / Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura
Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

284 p. : il. , graf. ; - (Coleção Educação Profissional e Docência em
Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 3).
Coordenadora da coleção Márcia Valéria G. C. Morosini.

ISBN: 978-85-98768-23-6

1. Sistema Único de Saúde. 2. Política de Saúde. 3. Brasil. 4. Avaliação em
Saúde. 5. Agente Comunitário de Saúde. 6. Livro Didático. I. Título. II. Pontes,
Ana Lúcia de Moura.

CDD 362.10425

Autores

Ana Lúcia Abrahão

Enfermeira sanitária, doutora em Saúde Coletiva Saúde pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), professora e pesquisadora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Arlinda B. Moreno

Psicóloga, doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Carlos Gonçalves Serra

Cirurgião-dentista, doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) e professor do Mestrado de Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá.

Cláudia Medina Coeli

Médica, Docente do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina e Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/Ufrj).

Cristiani Vieira Machado

Médica sanitária, doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), professora e pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

Elaine Silva Miranda

Farmacêutica, doutoranda em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), pesquisadora do Núcleo de Assistência Farmacêutica do Departamento de Ciências Biológicas da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

Elizabeth Moreira dos Santos

Ph.D Community Health – UI – USA, pesquisadora titular do Departamento de Endemias Samuel Pessoa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e coordenadora do Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (Laser-Ensp/Fiocruz).

Gabriela Costa Chaves

Farmacêutica, mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e pesquisadora do Núcleo de Assistência Farmacêutica do Departamento de Ciências Biológicas Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

Gustavo Corrêa Matta

Psicólogo, doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) e professor pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Kenneth Rochel de Camargo Jr.

Médico, doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), professor adjunto do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado Rio de Janeiro (IMS/Uerj).

Luciana Dias de Lima

Médica sanitária, doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), professora e pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

Marly Marques da Cruz

Psicóloga, doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e pesquisadora visitante do Departamento de Endemias Samuel Pessoa (Ensp/Fiocruz).

Orenzio Soler

Farmacêutico, doutor em Ciências Socioambientais, profissional nacional em Assistência Farmacêutica da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

Paulo Henrique Rodrigues

Sociólogo, doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) e professor do Mestrado de Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá.

Tatiana Wargas de Faria Baptista

Psicóloga, doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), professora e pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

Vera Lucia Luiza

Farmacêutica, doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), pesquisadora e coordenadora adjunta do Núcleo de Assistência Farmacêutica do Departamento de Ciências Biológicas da Ensp/Fiocruz.

Waldir da Silva Souza

Sociólogo, mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), doutorando em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ) e professor da Universidade Estácio de Sá.

Sumário

Apresentação da Coleção	11
Apresentação do Livro	23
História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde	29
<i>Tatiana Wargas de Faria Baptista</i>	
Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde	61
<i>Gustavo Corrêa Matta</i>	
O Legislativo e a Saúde no Brasil	81
<i>Tatiana Wargas de Faria Baptista e Cristiani Vieira Machado</i>	
Participação Popular e Controle Social na Saúde: democratizando os espaços sociais e agregando capital social	115
<i>Waldir da Silva Souza</i>	
Configuração Institucional e o papel dos gestores no Sistema Único de Saúde	139
<i>Cristiani Vieira Machado, Luciana Dias de Lima e Tatiana Wargas de Faria Baptista</i>	
Notas sobre o Planejamento em Saúde	163
<i>Ana Lúcia Abrahão</i>	
O Financiamento da Saúde no Brasil	195
<i>Carlos Gonçalves Serra e Paulo Henrique Rodrigues</i>	

O Medicamento na Política de Saúde no Brasil: como os agentes comunitários de saúde podem contribuir para a promoção do acesso e do uso racional dos medicamentos?	227
<i>Vera Lucia Luiza, Gabriela Costa Chaves, Elaine Silva Miranda e Orenzio Soler</i>	
Informação e Avaliação em Saúde	251
<i>Kenneth Rochel de Camargo Jr., Cláudia Medina Coeli e Arlinda B. Moreno</i>	
Avaliação de Saúde na Atenção Básica: perspectivas teóricas e desafios metodológicos	267
<i>Marly Marques da Cruz e Elizabeth Moreira dos Santos</i>	

Apresentação da Coleção

Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde

A coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde, organizada pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), é dirigida aos docentes das instituições responsáveis pela formação dos agentes comunitários de saúde, em particular às Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS). Estas escolas públicas da área da saúde, majoritariamente ligadas às Secretarias de Saúde dos estados e municípios, dedicam-se à educação profissional dos trabalhadores de nível médio e técnico do SUS, estando organizadas em âmbito nacional, desde 2000, na Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS), da qual a EPSJV faz parte.

A idéia de uma coleção de textos de referência bibliográfica para os docentes que se dedicam à educação dos ACS surge do reconhecimento da necessidade de sistematizar e socializar os saberes fundamentais à formação desses profissionais, saberes estes que transcendem o nível local e conformam uma base comum ao trabalho. A coleção buscou também contemplar o entendimento de que o ACS realiza um trabalho complexo, cujas bases técnicas não podem ser descontextualizadas das relações sociais e políticas que as atravessam e condicionam. Tal premissa marca a concepção de educação profissional promovida pela EPSJV/Fiocruz, que entende o trabalho como princípio educativo e a formação docente como um processo contínuo no qual pesquisa e ensino se articulam em objetos de trabalho e investigação permanentes.

As discussões abordadas nos livros que compõem a coleção emergiram dos debates realizados com docentes, ACS, gestores e especialistas (representantes das coordenações municipais e estaduais da Saúde da Família) em oficinas regionais desenvolvidas em três escolas da Retsus – no Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manuel da Costa Souza (Natal-RN), na Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha (Rio Branco-AC) e na Escola Técnica de Saúde de Blumenau (Blumenau-SC) –, contemplando as três macrorregiões geoeconômicas do país, respectivamente, Nordeste, Amazônia e Centro-Sul. Nestas oficinas, participaram também o Centro

de Formação de Pessoal Caetano Munhoz da Costa, do Paraná, a Escola de Formação em Saúde de Santa Catarina e o Centro de Formação de Recursos Humanos da Paraíba.

Nesses encontros, almejou-se reconhecer as condições do trabalho dos ACS, buscando a interlocução necessária à construção da coleção. Esse processo se deu no âmbito do projeto “Material Didático para os Docentes do Curso Técnico de ACS: melhoria da qualidade na Atenção Básica”, coordenado pela EPSJV/Fiocruz, realizado em parceria com Escolas Técnicas do SUS, e financiado pelo Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública: Sistema Único de Saúde (PDTSP-SUS) da Fiocruz, edital 2004. A coleção foi viabilizada, assim, pelo diálogo já constituído no interior da Rede, apresentando-se, desta forma, também, como uma contribuição ao seu fortalecimento e ao processo de colaboração e parceria entre estas escolas.

Para melhor localizarmos a coleção no contexto da formação técnica dos ACS, devemos, então, remetermo-nos, em primeiro lugar, às questões relativas ao seu trabalho e à sua profissionalização e, em segundo lugar, ao projeto do qual a coleção resulta, incluindo suas concepções sobre trabalho, conhecimento e material didático.

A Formação do ACS e a Relevância desta Coleção

Em meados de 2004, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação publicaram o Referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de saúde, instituindo a formação técnica deste trabalhador e trazendo uma contribuição fundamental à regulamentação desta profissão, estratégica para a reorganização da atenção básica no SUS, por meio da Saúde da Família. Entretanto, a operacionalização da formação em nível técnico dos ACS não constitui tarefa simples. Esta operacionalização se depara com as complexidades inerentes à própria configuração da atividade dos ACS, no que diz respeito à natureza inovadora da atividade, à fragilidade de sua identidade profissional e à regulamentação incipiente. Além disso, a formação dos ACS transcende o setor da saúde.

Reconhecidamente o trabalho do agente comunitário de saúde lida com questões relativas à cidadania, à política, às condições de vida e à organização dos grupos e suas relações, incluindo a família. Assim, exige o aporte de conhe-

cimentos que extrapolam o campo da saúde, e que precisam estar sistematizados na formação dos ACS, além dos saberes específicos que perpassam a prática cotidiana da sua atuação. Independentemente da realidade local em que o ACS se encontra, estes eixos são estruturantes para o desenvolvimento de um trabalho com qualidade no campo da saúde.

A produção de material didático não está descolada desta complexidade. Porém, o material produzido para apoiar a capacitação dos ACS, que se desenvolveu predominantemente em serviço, vem-se caracterizando predominantemente por centrar-se no desempenho das atividades e atribuições específicas desses trabalhadores. Este tipo de material, embora tenha uma aplicação justificada em algumas circunstâncias específicas de qualificação, pode, por outro lado, reforçar a simplificação do trabalho do ACS e reduzi-lo à sua dimensão operacional, não contemplando, de forma satisfatória, a abrangência requerida por uma formação técnica congruente com a complexidade inerente às diversas etapas do trabalho em saúde.

O nível técnico, em nossa perspectiva, introduz a oportunidade de elaboração de um projeto político pedagógico que fundamente o saber sobre o trabalho e recupere as bases técnicas que o estruturam e o qualificam, constituindo-se na possibilidade de domínio pelo trabalhador do conhecimento científico construído pela humanidade. Este conhecimento permite ao sujeito a apropriação dos fundamentos teóricos e técnicos do seu trabalho, ampliando-lhe a compreensão do processo em que se insere.

A partir da atuação das ETSUS na formação técnica dos agentes comunitários, estas escolas iniciaram a produção de material didático dirigido para tal formação. A diretriz que prevaleceu foi que este material deveria ser sensível à realidade local em que se desenvolve o trabalho e a formação do ACS, em atenção às diferenças regionais. Entretanto, é de se considerar que tais diferenças expressam também desigualdades socialmente produzidas e que se ater a elas pode implicar a sua reprodução. Além disso, mesmo se considerando que há contextos e práticas culturais particulares, partimos do princípio que há conhecimentos que constituem uma base comum para a produção da saúde, e, portanto, para o trabalho e a formação do ACS.

Neste cenário, coloca-se a pertinência e a necessidade da presente proposta. Primeiro, por objetivar constituir um referencial bibliográfico sistematizado e tematizado a partir de um projeto formativo norteado por diretrizes

nacionais. Segundo, por buscar articular as diretrizes nacionais à realidade local, através da integração das escolas técnicas que concebem os planos de curso orientados pelas diretrizes nacionais e que realizam a formação dos ACS locais. Terceiro, por visar o docente que participa dessa formação técnica e que participará ativamente da elaboração do próprio material, ensejando um duplo processo de qualificação desse docente: no próprio processo de produção do material e na sua utilização posterior.

Concepções Teórico-Methodológicas de Construção do Material Didático

Quanto aos referenciais teórico-metodológicos, destacamos a orientação de pautar a produção do material didático pela consideração dos diferentes discursos em disputa histórica sobre temáticas centrais à formação dos agentes comunitários: trabalho, educação e saúde. A concepção aqui defendida é a de que não há forma de tratar tais temáticas sem problematizar as noções, sócio-historicamente produzidas, a respeito destas.

A metodologia experimentada não está circunscrita à adaptação dos conhecimentos das tecnologias de base física e organizacional para a realidade dos agentes comunitários de saúde. Em certa medida, tal adaptação poderia significar o reforço da concepção de processo de trabalho como soma de funções executadas e do agente comunitário como último nível na hierarquia da divisão social e técnica do conhecimento. Assim, na perspectiva da presente coleção, uma forma de colocar em xeque a divisão social e técnica do trabalho é colocar os conceitos acima apontados em sua historicidade – via noções em disputa no discurso dos docentes, dos ACS, dos trabalhadores da saúde da família, enfim, em todos os sujeitos envolvidos na configuração da formação e do trabalho do ACS. Ou seja, o conhecimento não é neutro; o conhecimento se define como tal porque implica formas de ação e de existência – no caso, dos trabalhadores da saúde.

Neste sentido, a diversidade de temas e questões tratadas pela presente coleção ao longo dos seis volumes não constitui um “adendo” ou uma busca de “iluminar” os docentes atuantes na formação dos ACS. Parte-se do princípio que a historicidade do conhecimento – que passa por analisar

suas condições de produção e de disputa – está no cerne da compreensão e da construção do trabalho e da formação do ACS, tanto quanto o conhecimento mais imediatamente associável à prática desse trabalhador.

Note-se também que a compreensão de material didático, construída no âmbito dessa coleção, não se confunde com aquela que concebe este tipo de texto unicamente como instrumento *in loco* do processo ensino-aprendizagem. Ao contrário, compreende o processo ensino-aprendizagem de forma ampliada, abrangendo a formação do docente e a concepção do docente como um investigador. Destarte, nosso material didático formata-se como textos de referência que articulam ensino e pesquisa como dimensões indissociáveis da educação profissional, podendo constituir-se em uma biblioteca de consulta.

Está também presente em nossa concepção de material didático a necessidade de considerar – e colocar em confronto – a realidade cotidiana dos serviços e o conhecimento socialmente acumulado como ponto de partida da formação da classe trabalhadora. Entendemos esse confronto entre os significados como uma dinâmica profícua, na medida em que os contextos diferenciados, quando em interação, estabelecem uma relação não apenas de justaposição ou de indiferença, mas, sobretudo, de interação e conflito. Nesta relação pode-se estabelecer o diálogo, havendo tantas significações possíveis quantos os projetos histórico-sociais em disputa.

Neste sentido, a construção do material didático de apoio aos docentes atuantes na formação dos agentes comunitários de saúde orienta-se pela idéia de diálogo como condição de linguagem, diálogo entendido aqui como a inexorável inscrição de sujeitos e discursos na história – para que se produza sentido, conhecimento, saber. Logo, o diálogo, na perspectiva aqui adotada, é constitutivo da própria linguagem e do conhecimento.

No entanto, esta condição de linguagem chamada por nós aqui de “diálogo” se realiza e se manifesta historicamente nas mais diferentes formas, inclusive naquela que busca negar sua própria existência: ou seja, aquela que tenta reprimir, na superfície do texto, o caráter histórico e social dos conceitos. O resultado disto, no âmbito do material didático, é a idéia de que o conhecimento ali apresentado e construído se confunde com o real.

A presente coleção almeja alcançar o horizonte oposto, buscando incorporar a noção de livro didático como um processo e um texto em que múltiplas vozes estão representadas e, algumas vezes, em conflito. Além da própria for-

ma de implementação do projeto de pesquisa do qual este material didático emerge, este atravessamento de temáticas no trabalho do ACS ganha materialidade no tratamento editorial da coleção, no qual buscou-se explicitar, através de notas remissivas cruzadas em cada texto, a abordagem de conceitos e noções tratadas por outros textos também publicados na coleção. Esta direção constitui um dos passos para construir os conteúdos curriculares centrais à formação do agente comunitário e para colocar como questão o resgate e a produção de conhecimento envolvidos neste trabalho.

Nesta perspectiva, portanto, entendemos o livro didático como um artefato que também pode potencializar que os sujeitos-leitores vivenciem a leitura como um ato que permita a compreensão da dimensão histórica da produção do conhecimento, abrindo espaço para o questionamento e a resignificação do texto.

Enfim, entendemos o material didático como uma tecnologia educativa que pode problematizar a naturalização de conceitos e noções que atravessam o trabalho e a formação do ACS, entendendo que estes também são fruto de um processo em que o trabalhador foi “subalternizado” e expropriado da criação do trabalho. Mais que uma “devolução”, no entanto, os textos aqui publicados consistem de um questionamento direto da invisibilidade e da simplicidade deste trabalho, explicitando sua inevitável inscrição histórica nas práticas e nos saberes do trabalho em saúde.

*Márcia Valéria G. C. Morosini
Carla Macedo Martins*

Equipe do projeto Material Didático para os Docentes do Curso Técnico de ACS: melhoria da qualidade na atenção básica

Coordenação do Projeto:

Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini

Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde – EPSJV/Fiocruz

Equipe de pesquisa:

Integrantes da equipe no âmbito da EPSJV/Fiocruz:

Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde:

Ana Lúcia Pontes

Angélica Ferreira Fonseca

Carla Macedo Martins

Gustavo Corrêa Matta

Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde:

Adriana Ribeiro Rice Geisler

Valéria Lagrange

Vice-direção de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico:

Isabel Brasil Pereira

Secretaria Técnica da RET-SUS:

Renata Reis

Assessoria da Vice-direção de Ensino e Informação:

Anakeila de Barros Stauffer

Coordenação de Cooperação Internacional:

Anamaria D'Andrea Corbo

Integrante do projeto em outra instituição:

Universidade Federal Fluminense – Faculdade de Enfermagem

Ana Lúcia Abrahão

Secretaria administrativa do projeto:

Gláucia Martins

Relação dos colaboradores, participantes das oficinas regionais do projeto **Material Didático para os Docentes do Curso Técnico de ACS: Melhoria da Qualidade na Atenção Básica**, etapa fundamental para a construção da pauta de temas dos livros da **Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde**¹.

Participantes da Oficina em Blumenau – SC:

Alaíde Maria Correa

Agente Comunitário de Saúde – Secretaria Municipal de Saúde – Blumenau

Arlete Barzenski

Enfermeira – Coordenadora pedagógica do Curso Técnico de ACS Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha (CFRH– Curitiba) – PR.

Cláudia Vilela de Souza Lange

Pedagoga – Coordenadora Geral – Escola Técnica de Saúde de Blumenau (ETS - Blumenau) – SC

Kátia Lúcia Brasil Pintarelli

Cirurgiã Dentista – ETS – Blumenau – SC

Lorete Margarida Bernardes

Pedagoga Coordenadora Administrativa – ETS – Blumenau - SC

Luis Carlos Kriewall

Veterinário – SMS – Blumenau

Maria de Fátima Campos

Enfermeira – Coord. Curso Técnico de Enfermagem – ETS – Blumenau - SC

Maria de Lourdes dos Santos

Enfermeira – Coordenadora PSF – SMS – Blumenau – SC

Nanci Aparecida da Silva

Enfermeira – Coordenadora PSF – SMS – Blumenau – SC

Náuria da Silva Guimarães

Pedagoga da ETS – Blumenau – SC

Nilcéia Bastos dos Santos

Agente Comunitário de Saúde – SMS – Blumenau – SC

Rosana A. Antunes Nunes

Pedagoga – Escola de Formação em Saúde (EFOS) – SC

Rosete de Jesus Rosa Boenner

Assistente social – Coordenadora Região Garcia – SMS – Blumenau - SC

Sandra Marli Buttei

Assistente Social – ETS – Blumenau – SC

Solange Melo de Liz

Agente Comunitário de Saúde – SMS – Blumenau – SC

Stella Maris Duarte

Enfermeira – Gerente PSF/UAS – SMS – Blumenau – SC

Susana Maria Polidório dos Santos

Pedagoga – EFOS – SC

Tereza Miranda Rodrigues

Enfermeira – Coordenadora pedagógica do Curso Técnico de ACS – CFRH – Curitiba – PR

Coordenadores da oficina em Blumenau:

Marcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini; Ana Lúcia Abrahão; Anamaria D' Andréa Corbo; Anakeila de Barros Stauffer; Renata Reis Cornélio (EPSJV/Fiocruz)

Participantes da Oficina em Natal - RN:

Aldeci Padilha Honório

Pedagoga – Coordenadora pedagógica do Curso Técnico de ACS – Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manuel da Costa Souza (Cefope) – RN

Ana Dilma da Silva

Agente Comunitária – Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo do Amarante – RN

Aura Helena Gomes Dantas de Araújo

Enfermeira – Coordenadora pedagógica de Curso de Auxiliar de Enfermagem – Cefope – RN

Bárbara C. S. Farias Santos

Dentista – PSF – Secretaria Estadual de Saúde Pública – RN

Carolene de Fátima O. Estrela

Pedagoga – Coordenadora Pedagógica – Centro Formador de Recursos Humanos (Cefor – RH) – PB

Divaneide Ferreira de Souza

Enfermeira – Coordenadora Pedagógica do Curso de Aux. Enf. – Cefope – RN

Francisco Djairo Bezerra Alves

Agente Comunitário de Saúde – SMS – Natal – RN

Maria das Graças Teixeira

Socióloga - SMS – Natal – RN

Ivaneide Medeiros Nelson

Pedagoga – Assessora – Cefope – RN

Jacira Machado Alves Araújo

Dentista – Docente do Curso de Formação de ACS – Cefor RH – PB

Jeovanice Borja da Silva

Agente Comunitária de Saúde – SMS – Natal

Lêda Maria de Medeiros

Dentista – Coordenadora do Curso de THD e do Curso Técnico de ACS – Cefope-RN

Marco Aurélio Azevedo de Oliveira

Dentista – PSF – SMS Natal – docente – Cefope-RN

Maria Bernadete Almeida Cavalcanti

Enfermeira – Coordenadora Pedagógica do Curso de formação de ACS – Cefor-PB

Maria da Assunção Régis

Enfermeira – Coordenadora pedagógica dos Cursos de Qualificação do ACS - Cefope-RN

Maria da Conceição Jales de M. Guedes

Enfermeira – SMS de São Gonçalo do Amarante – RN

Maria das Graças Leite Rebouças

Enfermeira – Coordenadora do Curso de Aux.Enfermagem – Cefope-RN

Maria dos Remédios de Oliveira Macedo

Agente comunitária de saúde – PACS – SMS de São Gonçalo do Amarante – RN

Maria Luciene B. da Costa

Agente comunitária de saúde – SMS – Natal – RN

Maria Neusa da Nóbrega Almintas

Enfermeira – Coordenadora pedagógica do curso de Enfermagem e Hemoterapia - Cefope-RN

Neuma Lucia de Oliveira

Dentista - PSF – SMS Natal – Docente – Cefope-RN

Maria das Graças da Silva Lucas

Historiadora – Técnica do Setor de Desenvolvimento de Pessoal – SMS – Natal – RN

Maria das Neves M. Maia (Nevinha)

Administradora – Coordenadora pedagógica da formação do ACS – Cefope-RN

Solane Maria Costa

Enfermeira – Coordenadora local dos ACS – PACS/PSF – Secretaria Estadual de Saúde Pública – RN – Assessora do COSEMS – RN

Uiacy Nascimento de Alencar

Assistente social – Coordenadora do PSF/PACS Estado-RN – Secretaria Estadual de Saúde Pública – RN

Vera Lucia da Silva Ferreira

Enfermeira – Diretora – Cefope-RN

Verônica Maria e Silva

Enfermeira – Coordenadora pedagógica do curso de Aux. Enfermagem – Cefope-RN

Coordenadores da oficina em Natal:

Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini; Angélica Ferreira Fonseca; Anamaria D' Andréa Corbo; Anakeila de Barros Stauffer (EPSJV/Fiocruz)

Participantes da oficina em Rio Branco – AC:

Analdemira da Costa Moreira

Enfermeira – Área Técnica de Leishmaniose – Supervisão das U.S.F. – SEMSA –
Coordenação Local do PROFAE–Acre – Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da
Rocha – ETSMMR

Aurílio Fernandes de Lima

Biólogo – mediador – ETSMMR – Secretaria de Estado de Saúde do Acre – SESACRE

Elza Fernanda Leão de Assis

Bióloga/Enfermeira – mediadora – ETSMMR

Érica Fabíola Araújo da Silva

Enfermeira – Área Técnica de Tabagismo – Supervisora das U.B.S. – SEMSA –
mediadora – ETSMMR

Francisca Lima do Nascimento

Pedagoga – Assessora Pedagógica

Francisca Viana de Araújo

ACS – PSF – Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco – SEMSA
Gerência de Educação Profissional – GEPRO – Secretaria de Estado de Educação

Glacimar Alves de Nazaré

Pedagoga – assessora pedagógica – ETSMMR

Herleis Maria de Almeida Chagas

Enfermeira – coordenadora de Saúde Comunitária (PACS/PSF) - SEMSA

Jarderlene Borges de Matos

ACS – PACS – SEMSA

João Batista Francalino da Rocha

Enfermeiro – Gerência de Ações Básicas de Saúde (GABS) – SEMSA

João Bosco Moreira Martins

Pedagogo – Assessor Pedagógico – ETSMMR

Lôdia Maria Lopes da Silva

Licenciada em Letras – mediadora – Assessora de Português – ETSMMR

Maria Estela Livelli Becker

Enfermeira – mediadora – ETSMMR

Maria Zulênia da Silva Sousa

ACS – SEMSA

Marlene Campos dos Reis

Enfermeira – Área Técnica Hipertenso e Diabetes – SEMSA – mediadora – ETSMMR

Marlene da Silva de Oliveira

Pedagoga – Coordenadora de Aprendizagem – ETSMMR

Mirtes da Silva Andrade Ribeiro

Enfermeira – mediadora – ETSMMR

Neidiany Vieira Jovarini

Psicóloga – mediadora – ETSMMR

Patrick Noronha Dantas

Enfermeiro – mediador – ETSMMR

Raimundo Jesus Pinheiro

Enfermeiro – Coordenador Local – ETSMMR

Rosa Maria da Silva Costa Rocha

Bióloga – sanitária – Coordenadora Técnica do Curso de Agentes Comunitários de Saúde – ETSMMR

Roseane da Silveira Machado

Enfermeiro – ETSMMR – SESACRE

Rosinei de Queiroz

ACS – PSF – SEMSA

Silene Ferreira da Silva

ACS – PSF – SEMSA – Associação dos Agentes Comunitários de Saúde de Rio Branco

Simone Maria de Souza do Nascimento

ACS – Associação dos Agentes Comunitários de Saúde de Rio Branco

Talita Lima do Nascimento

Enfermeira – Coordenação Geral – ETSMMR

Valéria Cristina de Moraes Pereira

História – Coordenação de Recursos Administrativos – ETSMMR

Vânia Maria Lima da Silva

Enfermeira – Coordenadora Técnica da área de Enfermagem – PROF AE – Acre

Coordenadores da Oficina em Rio Branco:

Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini; Anakeila de Barros Stauffer; Carla Macedo Martins; Gustavo Corrêa Matta.

¹ Os créditos institucionais referem-se à situação dos colaboradores à época da realização das oficinas.

Apresentação do Livro

Sobre o que um livro de políticas de saúde deve versar? Que política ou políticas estamos a produzir nesses textos? Apesar da simplicidade das perguntas, suas respostas apresentam diferentes significados em diferentes contextos. A proposta deste livro é discutir de forma integrada o campo de relações entre o Estado e a sociedade na construção de políticas públicas, e a organização e operacionalização do setor saúde no Brasil. Tem-se o objetivo de possibilitar uma compreensão das políticas de saúde sem dissociar o processo e a arena política dos conteúdos que informam o desenho da política. Ou seja, não se trata de um manual de orientações técnicas e legais, mas de um conjunto de processos sociais que se materializam em leis, procedimentos, orientações, princípios e diretrizes que dão forma e conteúdo ao sistema de saúde brasileiro com suas proposições e contradições, próprias do processo de construção social.

O livro *Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde* é o terceiro volume da coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Os textos que compõem este volume enfocam especificamente a temática das políticas de saúde e o Sistema Único de Saúde, e materializam a consolidação de políticas públicas fundadas no direito à saúde e os desafios, impasses e contradições na efetivação desse direito.

O texto que abre o livro, "História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde", de Tatiana Wargas de Faria Baptista, descreve a trajetória das políticas de saúde, tomando como eixo de análise o direito à saúde no Brasil. Esta perspectiva ao mesmo tempo em que analisa criticamente os contextos históricos, políticos e as propostas de atenção à saúde no país em cada período, expõe as contradições e os desafios presentes no Sistema Único de Saúde (SUS), seu fortalecimento e consolidação. A autora aponta para o compromisso social de cada trabalhador da saúde, de cada cidadão em fazer o SUS avançar na defesa do direito à saúde. O texto traz ferramentas e análises fundamentais para a compreensão histórica das mazelas atuais do sistema de saúde e para as discussões presentes em todos os textos que fazem parte deste livro.

O texto “Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde”, de Gustavo Corrêa Matta, apresenta uma proposta de leitura a partir de uma perspectiva histórica, política e epistemológica. Argumenta que os princípios do SUS representam valores que escolhemos para a organização do sistema de saúde e mostra os avanços e obstáculos do SUS tendo por referência esses mesmos valores. O texto apresenta ainda o desafio crítico de seguir defendendo o SUS ao mesmo tempo em que denunciamos suas imperfeições. O autor se propõe a organizar didaticamente a compreensão sobre os elementos que compõem a base do SUS, tornando o texto um instrumento de uso didático-político para trabalhadores e cidadãos que lidam diariamente ou não com a luta pelo direito à saúde.

O artigo “O legislativo e a saúde no Brasil”, de Tatiana Wargas de Faria Baptista e Cristiani Vieira Machado, faz uma importante contribuição para a compreensão da atuação do poder Legislativo na construção e formulação das políticas de saúde no Brasil, a partir do período da redemocratização do Estado na década de 1980. Em uma primeira parte, as autoras discutem a organização dos Poderes no Brasil, o papel do Legislativo e o formato institucional atual, regras e comissões de trabalho relacionadas à saúde. Em seguida, discutem como, no âmbito do Legislativo, deu-se a construção do sistema de seguridade social e ampliação do direito à saúde. Em uma terceira parte, abordam a legislação em saúde aprovada no período de 1990 a 2004 e as principais características e especificidades da relação Executivo-Legislativo na definição da política pública de saúde brasileira.

A partir do conceito de capital social, Waldir da Silva Souza no texto “Participação popular e controle social na saúde: democratizando os espaços sociais e agregando capital social”, faz um histórico das noções de participação popular e controle social, tendo como referência as políticas públicas e o Estado democrático. O autor afirma que apesar da conquista da participação da comunidade no SUS isso não assegura que o cidadão à margem dos processos de representação social e institucional participem da formalidade das instâncias de representação da comunidade no SUS, comprometendo muitas vezes as reivindicações e posições daqueles que mais necessitam. Entretanto, os esforços para constituir uma arena de participação nas políticas públicas trazem um sentimento de pertencimento e responsabilidade dos diversos atores sociais na construção da democracia e da cidadania.

O texto “Configuração Institucional e o papel dos gestores no Sistema Único de Saúde”, de Cristiani Vieira Machado, Luciana Dias de Lima e Tatiana Vargas de Faria Baptista, tem o objetivo de apresentar o papel dos gestores no SUS a partir da análise legal e política das instâncias de pactuação e gestão nas três esferas de governo. Ao tomar como ponto de partida o federalismo político brasileiro e a descentralização da saúde no SUS, o artigo aborda as funções e as contradições do processo político de gestão da saúde defendida pela Reforma Sanitária brasileira e a agenda neoliberal em voga nos anos 90. Dessa forma, as autoras expõem de forma clara e didática os avanços e desafios da complexa gestão política e administrativa do sistema de saúde brasileiro e suas relações com o cenário político nacional.

Tomando o planejamento como uma forma de o homem atuar em sociedade buscando a solução de problemas coletivos, o texto “Notas sobre o planejamento em saúde”, de Ana Lúcia Abrahão, apresenta as principais teorias e modelos de intervenção que influenciam o planejamento em saúde. Enfocando os desafios da gestão na Estratégia Saúde da Família e o papel de cada trabalhador, em especial o agente comunitário de saúde (ACS), o artigo mostra a importância da identificação e formulação de ações que busquem atender às demandas da população de forma estratégica e democrática. A autora ressalta o papel fundamental do planejamento, em especial do planejamento estratégico situacional, na busca permanente de dispositivos que ampliem a participação e a transformação das práticas de saúde nas equipes de saúde da família.

No texto “O financiamento da saúde no Brasil”, de Carlos Gonçalves Serra e Paulo Henrique Rodrigues, considerando o destaque dado às questões financeiras na explicação dos problemas do sistema de saúde brasileiro, os autores fazem uma análise histórica do financiamento da saúde no Brasil desde o início do século XX, acenando principalmente para a relação dessa questão com aos fatos sociais, econômicos e políticos ocorridos no país. Dessa forma, correlacionam o contexto político-econômico com a conformação do modelo de financiamento das políticas de saúde implementadas em cada período, com destaque para o período da construção do SUS. A partir dessa contextualização, os autores fazem uma análise crítica das normas legais do SUS, das normas operacionais (Noas e Nobs), do financiamento de procedimentos de alta complexidade e das fontes de financiamento do SUS.

O artigo “O medicamento na política de saúde no Brasil: como os agentes comunitários de saúde podem contribuir para a promoção do acesso e do uso racional dos medicamentos?”, de Vera Lucia Luiza, Gabriela Costa Chaves, Elaine Silva Miranda, Orenzio Soler, realiza uma abrangente e profunda discussão acerca das questões relacionadas ao uso e políticas de medicamentos. Os autores destacam questões socioculturais, políticas e econômicas dos interesses envolvidos no uso dos medicamentos. Apresentam também questões sobre os princípios fármaco-químicos dos mesmos, e o processo de regulamentação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Assim, constroem uma análise da assistência farmacêutica no Brasil e da Política Nacional de Medicamentos, destacando questões relacionadas ao acesso, qualidade e uso racional dos medicamentos. Desse modo, o texto apresenta algumas possibilidades de contribuições dos ACS para a assistência farmacêutica

A partir do entendimento da avaliação como parte fundamental do processo de trabalho das equipes de saúde no sentido de consolidar a reestruturação da atenção básica, o texto “Informação e avaliação em saúde”, de Kenneth Rochel de Camargo Jr., Cláudia Medina Coeli e Arlinda B. Moreno, discute a produção e uso dos sistemas de informação. O trabalho correlaciona as questões relativas à coleta, armazenamento e processamento de dados com a difusão das informações. Ademais, os autores realizam uma análise crítica dos principais sistemas de informação em saúde no Brasil, tais como SIM, SINASC, SIAB, SINAN, SIH-SUS, APAC, entre outros, assim como detalha os principais indicadores que constituem esses sistemas. Dessa forma, os autores apresentam questões fundamentais para a discussão sobre o preenchimento de formulários desses sistemas e o uso das informações produzidas no cotidiano de trabalho dos ACS. É necessário também destacar a contribuição dos autores para uma discussão sobre o uso de base de dados e sistemas de informação para a avaliação do sistema e serviços de saúde.

Tendo em vista alguns desafios da construção do SUS, tais como a reorientação do modelo assistencial e a garantia do acesso universal com qualidade na atenção básica, Marly Marques da Cruz e Elizabeth Moreira dos Santos, autoras do texto “Avaliação de saúde na atenção básica: perspectivas teóricas e desafios metodológicos”, abordam a questão da avaliação em saúde. O texto procura facilitar a tematização e problematização sobre as bases conceituais e metodológicas da avaliação em saúde, considerando que a mesma constitui

uma prática social que auxilia a nortear as práticas de saúde e a gestão na tomada de decisão. São discutidos alguns desenhos e abordagens da avaliação em saúde, com destaque para a avaliação participativa. A questão da institucionalização da avaliação na atenção básica é outro ponto de destaque, sendo que as autoras procuram discutir as possibilidades de pactuação de critérios e padrões nesse processo.

Este livro contribui para uma formação crítica e abrangente dos ACS no Brasil, convidando cada docente, cada trabalhador, a levar para a sua realidade regional, comunitária, os temas aqui abordados. O convite se desdobra em uma investigação permanente sobre a organização e operacionalização do SUS em cada estado, em cada município, atualizando e reformulando incessantemente os artigos deste livro e da política como processo e participação.

*Gustavo Corrêa Matta
Ana Lúcia de Moura Pontes*

História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde

Tatiana Vargas de Faria Baptista

Introdução

Antes de iniciarmos a leitura sobre a história das políticas de saúde no Brasil, faço um convite à reflexão:

- Qual a importância da saúde para o indivíduo e para a sociedade?
- Quem é ou deve ser responsável pela saúde dos indivíduos e da sociedade?
- Que direitos e garantias os Estados devem prover a seus cidadãos?
- Os Estados devem atuar na proteção à saúde das comunidades?
- Se entendermos que os Estados têm um papel fundamental na garantia do direito à saúde, qual deve ser a extensão desse direito?
- Os Estados devem proteger todos os indivíduos ou apenas aqueles que contribuem financeiramente para um sistema de atenção? Ou apenas os mais necessitados?
- Qual deve ser a abrangência da proteção ofertada? O Estado deve prover todos os tipos de assistência à saúde ou somente ações coletivas de prevenção e promoção à saúde?

Estas questões têm permeado o debate das políticas de saúde em todos os países desde pelo menos o final do século XIX. Desde então, cada país buscou soluções e modelos de políticas que atendessem a suas necessidades e respondessem às reivindicações de cada sociedade, conformando modelos de proteção social de maior ou menor abrangência.

No Brasil, a garantia do direito à saúde¹ e a configuração de uma política de proteção social em saúde abrangente (para todos e de forma igualitária) se configuraram muito recentemente, com a promulgação da Constituição Federal

¹ Sobre direito e cidadania, ver Reis, texto "Cultura de direitos e Estado: os caminhos (in)certos da cidadania no Brasil, no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

POLÍTICAS DE SAÚDE

de 1988 e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, ainda hoje (2007) as questões anteriormente apontadas se apresentam no debate político e social, tensionando interesses e somando problemas para a consolidação do modelo de proteção social.

Fato é que o SUS legal não é ainda uma realidade nacional e muito há que se fazer para se alcançar a proposta constitucional. Basta dizer que o gasto público em saúde no Brasil, no ano de 2006 (gastos do Ministério da Saúde, dos governos estaduais e municipais), foi menor que o gasto privado em saúde. Neste mesmo ano eram beneficiários de planos de saúde 36 milhões de brasileiros (ANS, 2007).

O que esses dados revelam é um paradoxo, pois, apesar da existência de um sistema de saúde público e universal, há uma boa parcela da população que optou por outro tipo de sistema de saúde, o privado. Tal situação fragiliza o modelo de proteção definido em 1988 e levanta questionamentos acerca da extensão dos direitos – desde as formas de financiamento do sistema protetor até quem deverá ser protegido pelo Estado.

O objetivo central deste texto é apresentar a história das políticas de saúde no Brasil, tendo como principal eixo de análise o direito à saúde – conhecer como e por que não se tinha o direito à saúde até um período da nossa história e quando isso mudou – a fim de avançar em uma compreensão crítica sobre os desafios e dilemas do SUS na atualidade.

A Formação do Estado Brasileiro e as Primeiras Ações de Saúde Pública

A história das políticas de saúde no Brasil está inserida em um contexto maior da própria história do Brasil como Estado-Nação. As primeiras ações de saúde pública implementadas pelos governantes foram executadas no período colonial com a vinda da família real para o Brasil (1808) e o interesse na manutenção de uma mão-de-obra saudável e capaz de manter os negócios promovidos pela realeza.

Muitas doenças acometiam a população do país, doenças tropicais e desconhecidas dos médicos europeus, como a febre amarela e a malária, além das doenças trazidas por estes, como a peste bubônica, a cólera e a varíola. O conhecimento acerca da forma de transmissão, controle ou tratamento dessas doenças ainda era frágil, possibilitando diferentes intervenções ou visões sobre as moléstias.

HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

O povo brasileiro constituía-se de portugueses, outros imigrantes europeus e, principalmente, índios e negros escravos. Cada um desses grupos era detentor de uma cultura própria, costumes e tradições e um conhecimento também próprio acerca das doenças e da forma de tratá-las.

Até a chegada da família real, o assistir à saúde era uma prática sem qualquer regulamentação e realizada de acordo com os costumes e conhecimento de cada um desses grupos. A população recorria, em situações de doença, ao que fosse viável financeiramente ou fisicamente.

Existia o barbeiro ou prático, um conhecedor de algumas técnicas utilizadas pelos médicos europeus, tais como as sangrias, que atendia à população capaz de remunerá-lo. Existiam os curandeiros e pajés, pertencentes à cultura negra e indígena, mais acessíveis à maioria da população, que se utilizavam das plantas, ervas, rezas e feitiços para tratar os doentes. Havia também os jesuítas, que traziam algum conhecimento da prática médica europeia utilizando-se principalmente da disciplina e do isolamento como técnica para cuidar dos doentes.

A vinda da família real para o Brasil possibilitou também a chegada de mais médicos e o aumento da preocupação com as condições de vida nas cidades, possibilitando o início de um projeto de institucionalização do setor saúde no Brasil e a regulação da prática médica profissional. Foi assim que, no mesmo ano da chegada da família ao Brasil (1808), foi inaugurada a primeira faculdade de medicina, a Escola médico-cirúrgica, localizada em Salvador – Bahia, com vistas à institucionalização de programas de ensino e à normalização da prática médica em conformidade aos moldes europeus.

A regulamentação do ensino e da prática médica resultou em um maior controle das práticas populares e na substituição gradativa dos religiosos das direções dos hospitais gerais, especialmente a partir da República. Outro resultado da política de normalização médica foi a constituição de hospitais públicos para atender algumas doenças consideradas nocivas à população e de necessário controle pelo Estado, como as doenças mentais, a tuberculose e a hanseníase. Assim, em 1852 é inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro no Rio de Janeiro – Hospital D.Pedro II – com o objetivo de tratar medicamente os denominados ‘doentes mentais’ (Costa, 1989).

POLÍTICAS DE SAÚDE

Nesse período, o interesse pela saúde e pela regulamentação da prática profissional esteve estritamente relacionado ao interesse político e econômico do Estado de garantir sua sustentabilidade e a produção da riqueza, seguindo uma velha política, já aplicada com sucesso em outros países da Europa, desde o início do século XVIII (Costa, 1985; Rosen, 1979), de controle da mão-de-obra e dos produtos, com ações coletivas para o controle das doenças, disciplina e normatização da prática profissional (Foucault, 1979).

Assim, as primeiras ações de saúde pública (políticas de saúde) que surgiram no mundo e que também passaram a ser implementadas no Brasil colônia voltaram-se especialmente para:

- proteção e saneamento das cidades, principalmente as portuárias, responsáveis pela comercialização e circulação dos produtos exportados;
- controle e observação das doenças e doentes, inclusive e principalmente dos ambientes;
- teorização acerca das doenças e construção de conhecimento para adoção de práticas mais eficazes no controle das moléstias.

A preocupação maior era a saúde da cidade e do produto; a assistência ao trabalhador era uma consequência dessa política. Nesse sentido, algumas campanhas voltadas para os trabalhadores começavam a ser implementadas, mas ainda eram pouco resolutivas, como a quarentena – afastamento por quarenta dias do doente do ambiente que habita e circula –, principal estratégia utilizada para evitar a propagação de doenças entre os trabalhadores, sem uma preocupação mais efetiva com o tratamento do doente.

A proclamação da República em 1889 inicia um novo ciclo na política de Estado com o fortalecimento e a consolidação econômica da burguesia cafeeira. As políticas de saúde ganham ainda mais espaço nesse contexto, assumindo um papel importante na construção da autoridade estatal sobre o território e na conformação de uma ideologia de nacionalidade, configurando um esforço civilizatório (Lima, Fonseca & Hochman, 2005). A lavoura do café e toda a base para armazenamento e exportação do produto, dependentes do trabalho assalariado, necessitava cada vez mais de mão-de-obra, e as epidemias que se alastravam entre os trabalhadores, devido às péssimas condições de saneamento, prejudicavam o crescimento da economia.

HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Começava a busca por conhecimento e ações na área da saúde pública,² com a criação, em 1897, da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), o incentivo às pesquisas nas faculdades de medicina e no exterior (no Instituto Pasteur) e a criação de institutos específicos de pesquisa, como o Instituto Soroterápico Federal, criado em 1900, renomeado Instituto Oswaldo Cruz (IOC) um ano depois.

A partir de 1902, com a entrada de Rodrigues Alves na presidência da República, ocorreu um conjunto de mudanças significativas na condução das políticas de saúde pública. A primeira ação mais concreta levou à concepção de um programa de obras públicas junto com o prefeito da capital Guanabara, Pereira Passos, na primeira tentativa mais sistematizada de organização e saneamento da cidade capital. As ações de saneamento e urbanização foram seguidas de ações específicas na saúde, especialmente no combate a algumas doenças epidêmicas, como a febre amarela, a peste bubônica e a varíola.

A reforma na saúde foi implementada a partir de 1903, sob a coordenação de Oswaldo Cruz, que assume a diretoria geral de saúde pública. Em 1904, Oswaldo Cruz propõe um código sanitário que institui a desinfecção, inclusive domiciliar, o arrasamento de edificações consideradas nocivas à saúde pública, a notificação permanente dos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica e a atuação da polícia sanitária. Ele também implementa sua primeira grande estratégia no combate às doenças: a campanha de vacinação obrigatória. Seus métodos tornaram-se alvo de discussão e muita crítica, culminando com um movimento popular no Rio de Janeiro, conhecido como a Revolta da Vacina (Costa, 1985; COC, 1995).

O código sanitário foi considerado por alguns como um 'código de torturas', dada a extrema rigidez das ações propostas. A polícia sanitária tinha, entre outras funções, a tarefa de identificar doentes e submetê-los à quarentena e ao tratamento. Se a pessoa identificada como doente não tivesse recurso

² Durante os séculos XVIII e XIX, os cientistas europeus buscavam explicações para os quadros de morbidade que acometiam a população. As pesquisas acerca das doenças baseavam-se na observação da morbidade com registro contínuo dos quadros de adoecimento e morte (evolução da doença e acompanhamento dos casos) e na busca de causalidade e formas de transmissão das doenças (Costa, 1985). Uma referência interessante é o livro de Snow (1967) – publicado em 1849 – no qual o autor demonstra o raciocínio e a conduta de investigação de um cientista para compreender a forma de transmissão do cólera. No Brasil, a pesquisa epidemiológica (o estudo das doenças) tem início de forma mais sistemática no século XX, sendo seu principal executor Oswaldo Cruz (médico, especialista em microbiologia, formado pelo Instituto Pasteur na França).

POLÍTICAS DE SAÚDE

próprio para se isolar em fazendas distantes e pagar médicos próprios, era enviada aos hospitais gerais – conhecidos no período como matadouros – ou simplesmente isolada do convívio social, sem qualquer tratamento específico, o que significava a sentença de morte para a grande maioria, uma prática que causou revolta e pânico na população. O isolamento dos doentes e o tratamento oferecido nos hospitais eram o maior temor do período. Além disso, a ignorância da população sobre o mecanismo de atuação da vacina no organismo humano associada ao medo de se tornar objeto de experimentação pelos cientistas e atender interesses políticos dos governantes fez com que surgissem reações de grupos organizados (Costa, 1985).³

Em contrapartida, com as ações de Oswaldo Cruz conseguiu-se avançar bastante no controle e combate de algumas doenças, possibilitando também o conhecimento acerca das mesmas. Em 1907, a febre amarela e outras doenças já tinham sido erradicadas da cidade do Rio de Janeiro e Belém. Outros cientistas, como Emílio Ribas, Carlos Chagas, Clementino Fraga, Belisário Penna, estiveram, juntos com Oswaldo Cruz, engajados na definição de ações de saúde pública e na realização de pesquisas, atuando em outros estados e cidades do país.

Nas décadas de 1910 e 1920 tem início uma segunda fase do movimento sanitário com Oswaldo Cruz, e a ênfase passou a estar no saneamento rural e no combate a três endemias rurais (ancilostomíase, malária e mal de Chagas). A partir de expedições pelo país, os médicos sanitários tiveram um conhecimento mais amplo da situação de saúde no território nacional e do quanto era necessário desenvolver uma política de Estado nesta área (Hochman & Fonseca, 1999).

As expedições revelaram um Brasil doente e suscitaram o questionamento do discurso romântico sobre os sertões como espaço saudável. A repercussão dos relatórios médicos sobre as condições de saúde nos sertões propiciou intenso debate sobre a questão nacional, e a doença generalizada passou a ser apontada como razão para o atraso nacional (Lima, Fonseca & Hochman, 2005). As expedições foram acompanhadas por escritores como Euclides da Cunha que, mais tarde, através da sua obra *Os Sertões*, expressou as mazelas vividas pelo povo brasileiro nesta região.

³ É interessante como ainda existe no imaginário social do povo brasileiro o temor em relação às vacinas e a desconfiança acerca das intenções dos governantes quando instituem uma nova vacina no calendário oficial, como ocorreu nos anos 90 no caso da vacina contra a gripe para os idosos.

HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Durante a Primeira República, o movimento sanitarista trouxe a situação de saúde como uma questão social e política – o grande obstáculo à civilização. Um dos efeitos políticos do movimento, nesse período, foi a expansão da autoridade estatal sobre o território, ao mesmo tempo em que se criavam as bases para a formação da burocracia em saúde pública. Em 1920, é criada a Diretoria Nacional de Saúde Pública (DNSP), reforçando o papel do governo central e a verticalização das ações (Hochman & Fonseca, 1999).

Mas o fato de as ações de saúde pública estarem voltadas especialmente para ações coletivas e preventivas deixava ainda desamparada grande parcela da população que não possuía recursos próprios para custear uma assistência à saúde. O direito à saúde integral não era uma preocupação dos governantes e não havia interesse na definição de uma política ampla de proteção social.

‘Cidadania Regulada’ e Direito à Saúde

Na década de 1920, início do século passado, o Estado brasileiro sofria mais agudamente a crise do padrão exportador capitalista. Os países importadores tornavam-se cada vez mais exigentes com a qualidade dos produtos e muitas represálias surgiam com relação aos produtos brasileiros, pois os navios e portos ainda mantinham níveis de higiene insalubres, exportando doenças. Novas ações foram implementadas no controle das doenças, tanto na área da saúde pública quanto na da assistência médica individual (Costa, 1985).

As revoltas populares, os movimentos anarquistas e comunistas pressionavam por ações mais efetivas do Estado na atenção à saúde. Foi a partir desses movimentos que o chefe de polícia, Eloy Chaves, propôs, em 1923, uma lei que regulamentava a formação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (Caps) para algumas organizações trabalhistas mais atuantes política e financeiramente, como os ferroviários e os marítimos, ligados à produção exportadora (Oliveira & Teixeira, 1985).

As Caps eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresas e trabalhadores, em uma espécie de seguro social. Nem toda empresa oferecia ao trabalhador a possibilidade de formação de uma Caixa – esse era um benefício mais comum nas empresas de maior porte. O Estado em nada contribuía financeiramente e muito menos tinha responsabilidade na administração dessas Caixas – sua atuação restringia-se à legalização de uma organização, que já se vinha dando de maneira informal desde a década de

POLÍTICAS DE SAÚDE

1910, e ao controle a distância do funcionamento dessas caixas, mediando possíveis conflitos de interesses (Oliveira & Teixeira, 1985).

Os benefícios que os segurados recebiam eram: socorros médicos (para o trabalhador e toda a família, inclusive amigos), medicamentos, aposentadorias e pensões para os herdeiros. Com as Caps, uma pequena parcela dos trabalhadores do país passava a contar com uma aposentadoria, pensão e assistência à saúde. Assim, o direito à assistência à saúde estava restrito, nesse período, à condição de segurado.

Note-se que apesar de o Estado não ter definido um sistema de proteção abrangente e de se ter mantido à parte dessa forma de organização privada, restringindo-se a legalizá-la e a controlá-la a distância, esse modelo serviu de base para a constituição de um primeiro esboço de sistema de proteção social no Estado brasileiro, que se definiu a partir dos anos 30 no contexto do governo de Getúlio Vargas.⁴

O Estado assume ativamente, a partir de 30, o papel de regulador da economia (Fiori, 1995) e define um projeto econômico baseado na industrialização. Investe na área de energia, siderurgia e transportes, implantando uma infra-estrutura produtiva, absorvendo a mão-de-obra advinda do campo e alavancando a economia nacional. Assistia-se a um gradativo fortalecimento do projeto político-ideológico de construção nacional, acompanhado de medidas que favoreceram sua implementação (Lima, Fonseca & Hochman, 2005). Duas mudanças institucionais marcaram a trajetória da política de saúde e merecem ser aprofundadas: a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC).

O Mesp trazia para o centro do debate duas políticas sociais importantes na configuração de qualquer modelo de proteção. No entanto, os primeiros anos do Mesp foram marcados pela inconstância e indefinição de projetos e propostas, enquanto o MTIC reunia proposições claras e bastante específicas de proteção ao trabalhador, inclusive na área da saúde. Desenvolveu-se de um lado um arcabouço jurídico e material de assistência médica individual previdenciária, a ser garantida pelo MTIC, e, de outro, a definição de ações de saúde pública de caráter preventivo atribuídas ao Mesp. Como resumem Lima, Fonseca & Hochman (2005: 41)

⁴ O governo Vargas tem início no cerne de uma crise mundial, efeito da quebra da bolsa de Nova Iorque em 1929, e a partir de uma revolução política interna, Revolução de 1930, que encerra a República Velha (1889-1930).

HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

“muito além de uma simples divisão e especificação de funções em razão da área de atuação de cada órgão, em um contexto de reestruturação e consolidação de políticas sociais, a separação correspondeu a um formato diferenciado de reconhecimento de direitos sociais”.

A política de proteção ao trabalhador iniciada no governo Vargas marca uma trajetória de expansão e consolidação de direitos sociais. Algumas políticas foram importantes: a obrigatoriedade da carteira profissional para os trabalhadores urbanos, a definição da jornada de trabalho de oito horas, o direito a férias e a lei do salário-mínimo. Getúlio, o ‘pai’ dos trabalhadores, como passou a ser conhecido, inicia no Estado brasileiro uma política de proteção ao trabalhador, garantindo, com isso, uma mão-de-obra aliada ao projeto de Estado, mantendo sua base decisória na estrutura estatal centralizada e atendendo aos seus interesses econômicos. É nesta fase que são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), ampliando o papel das Caps, constituindo um primeiro esboço do sistema de proteção social brasileiro.

Os IAPs passam a incluir em um mesmo instituto toda uma categoria profissional, não mais apenas empresas – instituto dos marítimos (IAPM), dos comerciários (IAPC), dos industriais (IAPI) e outros –, e a contar com a participação do Estado na sua administração, controle e financiamento. Com os IAPs, inicia-se a montagem de um sistema público de previdência social mantendo ainda o formato do vínculo contributivo formal do trabalhador para a garantia do benefício. O trabalhador que não contribuísse com os institutos estava excluído do sistema de proteção. Portanto, estavam excluídos: o trabalhador rural, os profissionais liberais e todo trabalhador que exercesse uma função não reconhecida pelo Estado. A proteção previdenciária era um privilégio de alguns incluídos, o que fazia com que grande parcela da população, principalmente os mais carentes, fosse vítima de uma injustiça social. Para Santos (1979), essa forma de organização do sistema protetor brasileiro reforçou um padrão de regulação do Estado que valoriza o trabalhador que exerce funções de interesse do Estado, atribuindo apenas a estes um *status* de cidadão, uma ‘cidadania regulada’ e excludente, pois não garante a todos os mesmos direitos.

Outra característica desse modelo era a discriminação dos benefícios de acordo com a categoria profissional. Cada IAP organizava e oferecia a seus contribuintes um rol de benefícios compatível com a capacidade de contribuição e organização de cada categoria, o que fez com que algumas categorias pro-

POLÍTICAS DE SAÚDE

fissionais tivessem mais privilégios que outras. As categorias com maior poder econômico, como os industriais, os bancários, tinham maior disponibilidade de verbas, e por isso podiam oferecer a seus contribuintes um leque maior de benefícios. No que diz respeito à saúde, tal fato significava um padrão melhor de assistência médica e hospitalar, diferenciado por categoria e mantenedor da desigualdade social mesmo entre os trabalhadores.

Quem não se inseria na medicina previdenciária estava também excluído do direito à assistência à saúde prestada pelos institutos e contava com alguns serviços ofertados pelo Mesp em áreas estratégicas (saúde mental, tuberculose, hanseníase e outros), além da caridade e do assistencialismo dos hospitais e de profissionais de saúde. O Mesp promovia também as ações de saúde pública, cuidando do controle e prevenção das doenças transmissíveis.

Anos 50: desenvolvimento e saúde

A partir da década de 1950, mudanças ocorreram no sistema de proteção à saúde. O processo de acelerada industrialização do Brasil determinou um deslocamento do pólo dinâmico da economia. Até então, o Brasil tinha sua economia assentada na agricultura, mas, a partir dessa década, com o processo de industrialização, os grandes centros urbanos passaram a ser o pólo dinâmico da economia, o que gerou uma massa operária que deveria ser atendida pelo sistema de saúde (Mendes, 1993). Tal fato levou a uma expansão progressiva e rápida dos serviços de saúde, instaurando a prática de convênios-empresa para suprir as demandas cada vez mais crescentes. Surgem os grandes hospitais, com tecnologias de última geração e com a incorporação da lógica de especialização dos recursos humanos. A assistência torna-se mais cara, e o hospital, o principal ponto de referência para a busca de um atendimento em saúde.

O modelo de saúde que passa a se definir baseado no hospital e na assistência cada vez mais especializada também seguia uma tendência mundial, fruto do conhecimento obtido pela ciência médica no pós-guerra.⁵ O conhe-

⁵ A guerra possibilitou um grande quantitativo de experimentos com humanos utilizados como cobaias nos campos de concentração e nos hospitais militares e, conseqüentemente, um maior conhecimento acerca das drogas, técnicas médicas e seus efeitos no homem.

HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

cimento mais detalhado da fisiologia e da fisiopatologia permitiu o desenvolvimento de drogas modernas⁶ e possibilitou uma revolução na prática médica, bem como o início de um processo de mudança nos níveis de saúde das populações, que passam progressivamente a viver mais (aumenta a expectativa de vida) e a sofrer de doenças mais complexas (crônicas) ou típicas da modernidade, como os acidentes de carro, violências, entre outras.⁷

Nos principais países desenvolvidos da Europa, constituem-se, no pós-guerra, os Estados de Bem-Estar Social (também conhecidos como *Welfare State*) com o objetivo de reerguer as economias afetadas pela guerra e configurar Estados fortes e compromissados com a democracia e a justiça social – uma forma de combater o comunismo e manter as economias européias no padrão competitivo mundial (Esping-Andersen, 1995).

Os Estados de Bem-Estar consistem em uma política sustentada e pactuada entre a área econômica e a área social com o objetivo de garantir o bem-estar da população e manter a produção econômica. Os pilares dessa política eram: o pleno emprego, a provisão pública de serviços sociais universais – como saúde, educação, saneamento, habitação, lazer, transporte etc. – e a assistência social para aqueles não incluídos no sistema produtivo (Faria, 1997).

No Brasil, não se configurou nesse período (anos 50) uma política de bem-estar social, mas ganhou espaço a ideologia ‘desenvolvimentista’ que apontou a relação pobreza-doença-subdesenvolvimento, indicando a necessidade de políticas que resultassem em melhora do nível de saúde da população como condição para se obter desenvolvimento – este foi o primeiro passo para uma discussão mais aprofundada sobre o direito à saúde e à proteção social como política pública. O ‘sanitarismo desenvolvimentista’, que tinha como representantes Samuel Pessoa, Carlos Gentile de Melo e Mário Magalhães, reagia ao campanhismo da saúde pública, à centralização decisória, à fragilidade dos governos locais e ao baixo conhecimento do estado sanitário do país e propunha a

⁶ Como exemplos, podemos citar os betabloqueadores, para a prevenção das dores cardíacas; os medicamentos contra úlcera e Parkinson; a quimioterapia do câncer, os antidepressivos.

⁷ Fenômeno que se consolidará especialmente nos países desenvolvidos, em três décadas (de 1950 para 1980), e que será denominado transição demográfica – para explicar a mudança no perfil populacional, com pessoas mais idosas e maior controle da natalidade – e transição epidemiológica – para explicar a mudança no perfil das doenças, com uma diminuição das doenças infecciosas e parasitárias e o aumento das doenças degenerativas, crônicas e típicas da modernidade. Nos países em desenvolvimento (ou periféricos), há uma grande variedade de situações com transições mais ou menos avançadas, convivendo novas e antigas doenças.

POLÍTICAS DE SAÚDE

compreensão das relações entre saúde e doença e sua importância para a transformação social e política do país (Lima, Fonseca & Hochman, 2005).

Foram acontecimentos importantes deste período e que marcaram a trajetória da política de saúde: a criação do Ministério da Saúde em 1953, atribuindo um papel político específico para a saúde no contexto do Estado brasileiro; e a reorganização dos serviços nacionais de controle das endemias rurais no Departamento Nacional de Endemias Rurais (Deneru) em 1956, possibilitando o incremento nas ações e nos programas de saúde voltados para o combate às doenças endêmicas na área rural.

Na prática, os anos do desenvolvimentismo mantiveram a lógica de organização do modelo político em vigor para a saúde, com as ações e serviços de saúde pública de um lado e o sistema previdenciário de outro, com políticas isoladas de saúde que atendiam a diferentes objetivos. Uma política de saúde pública universal e com ênfase na prevenção das doenças transmissíveis, e uma política de saúde previdenciária, restrita aos contribuintes da previdência e seus dependentes, com ênfase na assistência curativa. O direito à saúde integral ainda não era um direito do cidadão brasileiro.

Mas o desenvolvimentismo gerou riqueza e mobilizou recursos, o que levou a mudanças concretas nas cidades e novas demandas para o sistema previdenciário e para a saúde pública. A partir de então, as políticas de saúde configuram-se em um importante instrumento do Estado, não mais apenas pelo controle a ser exercido no espaço de circulação dos produtos e do trabalhador, mas principalmente pelo quantitativo de recursos que passou a mobilizar – postos de trabalho, indústrias (de medicamentos, de equipamentos), ensino profissional, hospitais, ambulatórios e tantos outros. Estava constituída a base para a expansão do sistema de saúde e para a consolidação de um complexo produtivo, como veremos no tópico a seguir.

Expansão e Consolidação do Complexo Médico-Empresarial

O golpe militar, em 1964, e a nova forma de organização do Estado trouxeram mudanças para o sistema sanitário brasileiro, dentre elas a ênfase na assistência médica, o crescimento progressivo do setor privado e a abrangência de parcelas sociais no sistema previdenciário.

A primeira ação significativa no sistema previdenciário brasileiro ocorreu em 1966 com a unificação dos laps e a constituição do Instituto Nacional da

HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Previdência Social (INPS). A criação do INPS permitiu uma uniformização dos institutos, principalmente em termos dos benefícios prestados, causando certa insatisfação naqueles contribuintes com mais benefícios; afinal, com a unificação, a assistência dos institutos mais ricos podia também ser usufruída pelos contribuintes de outros institutos, que contribuíam com valores menores e não apresentavam uma assistência de tão boa qualidade. Tal fato ocasionou uma migração de pacientes de alguns institutos e a superlotação de alguns hospitais, gerando filas, demora no atendimento e outros problemas, o que culminou em uma insatisfação geral.

Além disso, a unificação levou à centralização do poder dos laps no Estado e ao afastamento dos trabalhadores das decisões a serem tomadas. Com isso, fortaleceu-se a tecnocracia⁸ e reforçaram-se as relações clientelistas do Estado, como a troca de favores, a barganha de interesses e o jogo de benefícios para os aliados do poder.

No início da década de 1970, a política proposta pelo INPS levou à inclusão de novas categorias profissionais no sistema – trabalhadores rurais, empregadas domésticas e autônomos –, e, a cada nova categoria incluída, aumentava ainda mais a procura por serviços e os gastos no setor saúde. O Estado respondeu à demanda com a contratação dos serviços privados, permitindo a formação do que ficou conhecido como 'complexo médico-empresarial' (Cordeiro, 1984).

Os gastos com a saúde dobraram de valor, com uma tendência clara para o atendimento hospitalar. A política de saúde estava subordinada à organização do INPS, que manteve a estrutura de funcionamento anteriormente proposta pelos laps e oferecia serviços apenas para aqueles que comprovavam o vínculo com o INPS – as pessoas levavam suas carteiras de trabalho ou carnê de contribuição previdenciária quando procuravam os hospitais ou qualquer outro tipo de assistência, a fim de comprovar sua inclusão no sistema.

Mesmo com a inclusão de novas categorias no sistema de proteção, muitos ainda não tinham o direito à atenção à saúde. Os índices de saúde mostravam

⁸ A tecnocracia expressa uma forma de atuar do burocrata que se utiliza do argumento técnico no processo de construção de estratégias de ação do Estado. O tecnocrata, assim como o técnico, parte da competência e tem em vista a eficiência. Não é um especialista, mas um perito em idéias gerais, e com isso acumula um conhecimento global das variáveis de ação. É ele quem coordena e reelabora o processo decisório, com o argumento da legitimidade e neutralidade da ciência. Outras interpretações sobre esse conceito são apresentadas no *Dicionário de Política* organizado por Bobbio, Matteucci e Pasquino (1995).

POLÍTICAS DE SAÚDE

a situação alarmante vivida pelo país. Apenas para citar alguns dados: a esperança de vida ao nascer na década de 1970 era de 52,7 anos, a taxa de mortalidade infantil era de 87,9 bebês para 1.000 nascidos-vivos, e as doenças infecciosas e parasitárias constituíam uma das principais causas de óbito. A transição demográfica e epidemiológica ocorrida nos países desenvolvidos ainda estava longe de ser alcançada na realidade brasileira, mesmo em face de todo desenvolvimento econômico obtido pelo país desde os anos 50 até o milagre econômico do período 1968-1974. A principal razão para o quadro de estagnação social foi o total descaso dos governantes com relação às políticas públicas comprometidas com o desenvolvimento social. Durante todo o regime militar autoritário, o investimento na área de saúde pública foi precário, doenças antes erradicadas voltaram, doenças controladas apareceram em surtos epidêmicos, o saneamento e as políticas de habitação populares foram desprezados, aumentou a pobreza e, principalmente, a desigualdade social.

A partir de meados da década de 1970, finalizado o 'milagre econômico' e em um cenário de crise política, institucional e econômica iminente do governo militar começam a se definir novas estratégias para a garantia de manutenção do governo, dentre elas a definição do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) e a política de abertura do governo.

O II PND significou a composição de uma política de desenvolvimento que tinha como meta básica a formulação de estratégias de desenvolvimento social, buscando a integração e a interdependência das políticas estatais – um avanço na política de Estado, pois selava o compromisso de conjugação da política econômica e social. O processo de abertura, em outra medida, possibilitou a expansão e expressão gradativa dos movimentos sociais, até então, sob forte repressão e sem espaço para vocalizar as demandas.

Para a saúde, esse contexto significou a possibilidade de fortalecimento do 'movimento sanitário', que estabelecia sua base de apoio em instituições acadêmicas com forte respaldo teórico – Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), dentre outras. A intelectualidade pertencente ao setor saúde divulgava estudos sobre as condições sociais e de saúde com críticas contundentes à condução política do Estado brasileiro e reivindicava mudanças efetivas na assistência à saúde no Brasil.

HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

O movimento sanitário buscava reverter a lógica da assistência à saúde no país apresentando quatro proposições para debate:

- A saúde é um direito de todo cidadão, independente de contribuição ou de qualquer outro critério de discriminação;
- As ações de saúde devem estar integradas em um único sistema, garantindo o acesso de toda população a todos os serviços de saúde, seja de cunho preventivo ou curativo;
- A gestão administrativa e financeira das ações de saúde deve ser descentralizada para estados e municípios;
- O Estado deve promover a participação e o controle social das ações de saúde.

O cenário era de exclusão de uma boa parcela da população do direito à saúde, haja vista o fato de que apenas poucos tinham garantido, nesse momento, o direito à assistência médica prestada pelo INPS, e que os serviços de saúde, do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais, não absorviam a demanda de atenção gerada pelo restante da população. Não havia de fato se constituído, até então, no Brasil, uma política de Estado cidadã no sentido mais abrangente; uma cidadania substantiva que desobrigasse qualquer espécie de vínculo com o processo produtivo e que reconhecesse o cidadão simplesmente pelo valor que tem como membro daquela comunidade. Prevalcia a lógica da 'cidadania regulada', em que cidadão era aquele que se encontrava localizado em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas por lei. Portanto, a proposta de reforma do setor saúde apresentada pelo movimento sanitário também se inseria em uma lógica maior de reestruturação do próprio Estado e de afirmação de uma cidadania substantiva para o povo brasileiro (Baptista, 2003).

As pressões por reforma na política de saúde possibilitaram transformações concretas ainda nos anos 70, mudanças que se efetivaram de forma incipiente e resguardando os interesses do Estado autoritário.

Dentre as políticas implementadas, destacam-se:

- a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em 1974, que distribuiu recursos para o financiamento de programas sociais;
- a formação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), em 1974, que organizou as ações a serem implementadas pelos diversos ministérios da área social;

POLÍTICAS DE SAÚDE

- a instituição do Plano de Pronta Ação (PPA), em 1974, que consistiu em uma medida para viabilização da expansão da cobertura em saúde e desenhou uma clara tendência para o projeto de universalização da saúde;
- a formação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, primeiro modelo político de saúde de âmbito nacional, que desenvolveu ineditamente um conjunto integrado de ações nos três níveis de governo;
- a promoção do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), em 1976, que estendeu serviços de atenção básica à saúde no Nordeste do país e se configurou como a primeira medida de universalização do acesso à saúde;
- a constituição do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (Sinpas), em 1977, com mecanismos de articulação entre saúde, previdência e assistência no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), que passou a ser o órgão coordenador de todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social.

Este conjunto de medidas favoreceu a construção de políticas mais universalistas na área da saúde priorizando a extensão da oferta de serviços básicos e fortalecendo a perspectiva de reforma do setor. Foi também neste período que o setor médico-empresarial começou a se fortalecer institucionalmente, beneficiando-se igualmente das políticas de investimento na área social. O FAS, por exemplo, repassou grande parte dos recursos para investimento na expansão do setor hospitalar, onde 79,5% dos recursos foram destinados para o setor privado e 20,5% para o setor público. O aumento gradativo dos convênios com o setor privado significou o desinvestimento progressivo na criação de serviços públicos, e as medicinas de grupo surgiram também como mais uma opção de atenção à população (Cordeiro, 1984).

A concessão de privilégios ao setor privado e a mercantilização da medicina sob o comando da previdência social foram duramente criticados pelo movimento sanitário. Os reformistas buscavam a universalização do direito à saúde, a unificação dos serviços prestados pelo Inamps e Ministério da Saúde em um mesmo sistema e a integralidade das ações (com a garantia do acesso a ações de prevenção e assistência médica). A partir desse momento, ampliava-se o debate sobre o direito à saúde no Brasil, a começar pela própria concepção de saúde.

HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

A saúde passava a assumir um sentido mais abrangente, sendo resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde, dentre outros fatores. Portanto, o direito à saúde significava a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação, em todos os níveis, de todos os habitantes do território nacional.

Nesse sentido, a proposta de reforma para a saúde era também uma proposta de reforma do Estado, Estado este que se havia constituído sob uma base fundada no patrimonialismo, política de clientela, centralização decisória e exclusão social – modos de fazer política que se reproduziam não só no âmbito de organização do setor saúde como em todos os demais setores, mas que foram explicitados no debate da saúde, talvez por ser este um setor que criticava com muito mais dureza a situação de injustiça social que se havia consolidado (Baptista, 2003).

Os 100 anos de história do Brasil tinham enraizado uma cultura política de Estado enfaticamente concentradora do poder decisório nas mãos de uma parcela pequena da sociedade (poder oligárquico), ou dos recursos produzidos no âmbito do Estado, mantendo um grande fosso entre grupos sociais e regiões, reproduzindo, dessa forma, uma situação de desigualdade. Assim, o processo político também estava comprometido em uma rede imbricada de poder instituído na burocracia estatal, na organização política e partidária e na cultura social.

O ideal da Reforma Sanitária exigia, nesse contexto, uma revisão do modo de operar do Estado, da lógica burocrática que concentrava poder e uma disposição social para repartir a renda (redistribuir) e participar ativamente da construção desse novo Estado, agora de intenção democrática.

Redemocratização e Direito à Saúde

A década de 1980 iniciou-se em clima de redemocratização, crise política, social e institucional do Estado Nacional. A área social e, em especial, a previdência social vivia uma crise profunda, assumindo medidas de racionalização e reestruturação do sistema. No âmbito da saúde, o movimento da Reforma Sanitária indicava propostas de expansão da área de assistência médica da previdência, intensificando os conflitos de interesse

POLÍTICAS DE SAÚDE

com a previdência social e envolvendo poder institucional e pressões do setor privado.

Neste contexto, foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde (1980), que apresentou como proposta a reformulação da política de saúde e a formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde). O Prev-Saúde consistia em uma proposta de extensão nacional do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), que havia sido desenvolvido no período compreendido entre 1976/79 no Nordeste do Brasil.

O Piass foi uma experiência bem-sucedida que possibilitou uma melhoria no nível de saúde da população da região Nordeste a partir da implantação de uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20.000 habitantes. O Prev-Saúde visava, na mesma medida, dotar o país de uma rede de serviços básicos que oferecesse, em quantidade e qualidade, os cuidados primários de proteção, promoção e recuperação da saúde, tendo como meta a cobertura de saúde para toda a população até o ano 2000 (Conferência Nacional de Saúde, 1980).

No entanto, o Prev-Saúde acabou não sendo incorporado pelo governo e muito menos estabelecido na prática, dadas as resistências intraburocráticas assentadas no Inamps, a forte oposição das entidades do segmento médico-empresarial e ainda as pressões oriundas do campo da medicina liberal e do setor privado contratado (Cordeiro, 1991). Este conjunto de forças conformou um sem-número de razões para que o Prev-Saúde não se concretizasse. Os conflitos em torno dos encaminhamentos da política de saúde ganhavam o espaço da arena institucional. Em contrapartida, e significativamente, o Prev-Saúde também revelou um momento inédito de entrada do discurso reformista na arena de discussão institucional estatal da saúde. As idéias reformistas defendidas por diversos grupos de discussão começavam a se integrar em uma proposta abrangente de definição da política de saúde. Existiam, contudo, divergências de postura no encaminhamento das propostas entre os grupos de reformistas, o que também influenciou na condução da política de saúde.

Em 1980, outros mecanismos de reformulação começaram a ser encaminhados. A primeira medida tomada foi a formação, em 1981 – na esfera de atuação do MPAS e do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) – um grupo de trabalho específico criado no contexto

HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

da crise da previdência com a intenção de buscar respostas concretas que explicassem as razões da crise do setor.

O diagnóstico do Conasp identificou um conjunto de distorções no modelo de saúde então vigente, a saber:

- serviços inadequados à realidade;
- insuficiente integração dos diversos prestadores;
- recursos financeiros insuficientes e cálculo imprevisto;
- desprestígio dos serviços próprios;
- superprodução dos serviços contratados.

O diagnóstico apontava para uma rede de saúde ineficiente, desintegrada e complexa, indutora de fraude e de desvio de recursos. A relação do Inamps – órgão responsável pela assistência médica previdenciária – com os demais serviços de assistência promovidos pelo Estado, via estados e municípios, era opaca e pouco operativa. Os serviços oferecidos pelo Ministério da Saúde (secretarias estaduais e municipais, inclusive) funcionavam independente e paralelamente aos serviços oferecidos pelo MPAS/Inamps, o que formava uma rede pública desintegrada sem a prévia programação do sistema. Tal fato conformava uma dificuldade a mais no planejamento dos investimentos e gastos no setor (Cordeiro, 1991).

A partir deste diagnóstico, foram elaboradas propostas operacionais básicas para a reestruturação do setor, mas não para desmontagem do sistema. Dentre as propostas apresentadas, destacaram-se: o Programa das Ações Integradas de Saúde (Pais), a Programação e Orçamentação Integrada (POI), o Programa de Racionalização Ambulatorial (PRA) e o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS).

O Pais, posteriormente denominado apenas Ações Integradas de Saúde (AIS), revelou-se como a estratégia mais importante para a universalização do direito à saúde e significou uma proposta de 'integração' e 'racionalização' dos serviços públicos de saúde e de articulação destes com a rede conveniada e contratada, o que comporia um sistema unificado, regionalizado e hierarquizado para o atendimento.⁹ A proposta resumia-se na assinatura de convênios entre o

⁹ Unificado nas ações propostas pelo Ministério da Saúde, secretarias de saúde e pelo Inamps. Regionalizado, compondo a organização de um sistema em que municípios se comunicam e planejam juntos a assistência à saúde. Hierarquizado por nível de atenção, do mais simples ao mais complexo.

POLÍTICAS DE SAÚDE

Inamps e os estados e municípios para o repasse de recursos destinados à construção de unidades da rede com o compromisso dos governos de oferecer assistência gratuita à toda população e não só para os beneficiários da previdência. Com essa proposta, as AIS retomavam a estratégia apresentada no Prev-Saúde e conquistavam um avanço expressivo na conformação de políticas que levaria à reforma do setor saúde, fortalecendo o princípio federativo (coordenação de ações entre a união e os estados) e a incorporação do planejamento à prática institucional. O programa era executado a partir da gestão tripartite MS/Inamps/Secretarias Estaduais.

O processo de coordenação interinstitucional e gestão colegiada concretizou-se a partir da Comissão Interministerial de Planejamento (Ciplan), envolvendo os ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social e da Educação e Cultura. Formaram-se também as comissões interinstitucionais estaduais (CIS), regionais (CRIS), municipais (CIMS) e locais (Ceaps) respectivamente, construindo um amplo contingente de técnicos nas secretarias estaduais e municipais envolvidos com o projeto de reforma.

A POI consistiu na criação de mecanismos para programação e orçamentação dos recursos para saúde de forma integrada, ou seja, na concepção de um instrumento integrador da política de recursos do Inamps e dos serviços estaduais e municipais. O PRA pretendia estabelecer uma hierarquia de prioridades assistenciais entre os postos de assistência médica (PAM do Inamps) e o conjunto de consultórios e laboratórios privados e credenciados. Já o SAMHPS visou ao controle de recursos para o setor privado, a partir da introdução de um instrumento gerencial e de pagamento de contas hospitalares baseado nos procedimentos médico-cirúrgicos – a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Com este sistema foi possível alcançar uma informatização inicial do controle das internações e, conseqüentemente, maior controle das fraudes. A AIH ainda hoje é utilizada, tendo sido empregada no controle das internações também no setor público a partir de 1991.

Dos quatro programas apresentados, apenas o Pais e o SAMHPS expressaram a conformação dos princípios básicos para uma política de saúde unificada, integrada e descentralizada. Estas propostas avançaram na discussão sobre o funcionamento do setor previdenciário e sua articulação com

HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

a saúde e criaram condições para a discussão sobre a democratização e universalização do direito à saúde, especialmente a partir do governo da Nova República.

A Política de Saúde na Nova República

No governo da Nova República, a partir de 1985, a estratégia das AIS foi retomada, promovendo, junto com uma nova POI, a reformulação do sistema de saúde na lógica de uma rede unificada. Integrantes do movimento sanitário passaram a ocupar cargos de expressão no âmbito político-institucional do Estado (no Ministério da Saúde, no Inamps, na Fiocruz), coordenando as políticas e negociações no setor da saúde e previdenciário.

No ano de 1986, o Ministério da Saúde convocou técnicos, gestores de saúde e usuários para uma discussão aberta sobre a reforma do sistema de saúde, realizando, assim, a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS). Esta conferência foi um marco histórico da política de saúde brasileira, pois, pela primeira vez, contava-se com a participação da comunidade e dos técnicos na discussão de uma política setorial.

A conferência reuniu cerca de 4.000 pessoas nos debates, e aprovou, por unanimidade, a diretriz da universalização da saúde e o controle social efetivo com relação às práticas de saúde estabelecidas. Após 20 anos de ditadura, conquistava-se o direito à participação; após séculos de desassistência, falava-se na definição de um modelo protetor com a garantia do direito à saúde integral (Faria, 1997).

No relatório da VIII Conferência consta:

- Saúde como Direito – em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.
- Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

POLÍTICAS DE SAÚDE

Este relatório, com todas as afirmações nele contidas, serviu como instrumento de pressão política no contexto da Nova República. E mais: serviu de referência na discussão da Assembléia Nacional Constituinte em 1987/88,¹⁰ sendo reconhecido como um documento de expressão social.

As propostas da VIII CNS não foram concretizadas de imediato. Após a conferência, por iniciativa do MPAS/Inamps, foi constituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), que se apresentou como estratégia-ponte na construção do SUS.

O Suds surgiu como uma proposta política formulada no interior da burocracia do Inamps, contando com o apoio dos ministros da Previdência, da Saúde e da Educação, que assinaram juntos a exposição de motivos para a criação do Suds, em julho de 1987. O Suds avançou na política de descentralização da saúde e, principalmente, na descentralização do orçamento, permitindo uma maior autonomia dos estados na programação das atividades no setor; deu prosseguimento às estratégias de hierarquização, regionalização e universalização da rede de saúde e retirou do Inamps a soma de poder que ele centralizava.

Mas o Suds também foi motivo de controvérsias entre os dirigentes e reformistas dos ministérios da Saúde e da Previdência. Enquanto os reformistas do Ministério da Saúde pressionavam por uma política de unificação imediata da saúde com a incorporação do Inamps, os reformistas do MPAS resistiam na passagem do órgão e definiam estratégias mais graduais para a unificação, fortalecendo especialmente os estados (Faria, 1997).

Ao mesmo tempo em que o Suds era implementado, ocorria a discussão da Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88. Nela, o relatório da VIII CNS foi tomado como base para a discussão da reforma do setor saúde, e o SUS foi finalmente aprovado.

O debate constituinte foi acirrado e revelou resistências por parte dos prestadores de serviço privado do setor saúde e da medicina autônoma, além de conflitos de interesses entre os reformistas atrelados ao Ministério da Saúde e os reformistas da previdência social. As disputas de interesse não foram suficientes para barrar a aprovação do SUS e seus princípios, mas impediram a definição de algumas políticas importantes para o processo de implementação

¹⁰ Este fórum reuniu parlamentares na definição de uma nova Carta Constitucional para o Brasil. A nova carta surgia no contexto político da redemocratização e tinha a intenção explícita de afirmar o compromisso com políticas mais justas e igualitárias. A Constituição foi aprovada em 5 de outubro de 1988 e ganhou a denominação de Constituição Cidadã.

HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

da reforma, tais como o financiamento, a regulação do setor privado, a estratégia para a descentralização e unificação do sistema, dentre outras (Faria, 1997).

Após a legalização do SUS, em 1988, buscou-se definir em novas leis, assim como em portarias do Ministério da Saúde, regras para garantir o financiamento do setor e a regulação do setor privado e demais pontos da política. Hoje, 2007, após quase 19 anos da Constituição, ainda resta muito a se definir para a garantia da proposta, e antigos e novos conflitos se apresentam no processo de negociação da política de saúde.

Vamos, então, entender um pouco melhor o SUS e seus princípios para que possamos avançar na compreensão dos principais desafios que essa política enfrenta.

O Sistema Único de Saúde: seus princípios e diretrizes

O SUS insere-se em um contexto mais amplo da política pública – a seguridade social¹¹ – que abrange, além das políticas de saúde, as políticas de previdência e assistência social. A definição do modelo de seguridade social no Brasil significou a formulação, pela primeira vez na história do país, de uma estrutura de proteção social ‘abrangente’ (universalidade da cobertura e do atendimento), ‘justa’ (uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais), ‘eqüânime’ (eqüidade na forma de participação do custeio) e ‘democrática’ (caráter democrático e descentralizado na gestão administrativa), na qual cabe ao Estado a provisão e o dever de atenção (Brasil, 1988, art. 194). Com esse modelo, rompe-se definitivamente com o padrão político anterior excludente e baseado no mérito e afirma-se o compromisso com a democracia.

O SUS foi peça-chave no processo de luta e construção do modelo protetor brasileiro. Com a sua instituição, o Estado assumiu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e uma política setorial de saúde capaz de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde da população (Brasil, 1988, art. 196).

¹¹ Sobre seguridade social no Brasil, ver Monnerat e Senna, texto “Seguridade social brasileira: dilemas e desafios”, no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

POLÍTICAS DE SAÚDE

Com esse enunciado, pelo menos três inovações estão presentes:

- Uma proposta de reforma que prevê o compromisso do Estado na maior integração entre os diversos setores, com políticas econômicas e sociais que promovam desde condições de habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer até acesso a serviços de saúde, o que amplia a compreensão do que seja saúde e do que é preciso fazer para alcançar uma condição de saúde plena.
- A proposta de construção de um sistema de saúde para todos, igualitário e de responsabilidade do Estado, e a instituição de um novo formato para a política de saúde brasileira, até então fundada em uma lógica restrita de proteção social que beneficiava apenas alguns grupos sociais, no sentido de avançar na construção de um modelo que vise a atender a todos conforme suas necessidades.
- A proposta de construção de um sistema de saúde único capaz de abarcar as diferentes situações de saúde nos seus variados níveis de complexidade, possibilitando o acesso a ações de promoção e prevenção às doenças até a assistência médica de maior complexidade. (Lima & Baptista, 2003):

PRINCÍPIO 1 – UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE – consiste na garantia de que todos os cidadãos, sem privilégios ou barreiras, devem ter acesso aos serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis do sistema. O acesso aos serviços será garantido por uma rede de serviços hierarquizada (do menor nível de complexidade para o maior) e com tecnologia apropriada para cada nível. Todo o cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite que o sistema pode oferecer para todos. É o princípio fundamental da reforma.

PRINCÍPIO 2 – INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO – diz respeito à garantia do acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, devendo o sistema de saúde proporcionar ao indivíduo ou à coletividade, as condições de atendimento, de acordo com as suas necessidades.

O princípio da integralidade se apresentou no contexto da reforma como um contraponto ao contexto institucional da saúde que se dividia nas ações promovidas pela saúde pública e pela medicina previdenciária. Surgiu, portanto,

HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

como uma proposta para a integração dessas ações com o argumento de que tanto as ações individuais quanto as coletivas eram necessárias e imprescindíveis para a garantia da saúde da população. Estava posta aí a questão da unicidade do sistema (na composição de um novo Ministério da Saúde, reunindo suas antigas funções e as ações do Inamps) e da necessária articulação dos diferentes níveis de governo (federal, estadual e municipal) e de atenção (primário, secundário e terciário) para a organização das políticas de saúde. Com esse princípio, o Estado compromete-se na garantia a todo e qualquer tipo de atenção à saúde, do mais simples ao mais complexo (da vacina ao transplante).

PRINCÍPIO 3 – DESCENTRALIZAÇÃO, COM DIREÇÃO ÚNICA DO SISTEMA – apresenta-se no contexto da Reforma Sanitária brasileira com o propósito de promover uma maior democratização do processo decisório na saúde, já que até então se estabeleciam práticas centralizadoras de poder no âmbito federal de governo. A descentralização é vista como uma estratégia para o enfrentamento das desigualdades regionais e sociais e prevê a transferência de poder decisório do governo federal para as instâncias subnacionais de governo, considerando uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo (União, estados, municípios).

A descentralização se apresentou como uma estratégia de democratização porque possibilitaria à população um maior controle e acompanhamento das ações públicas. Desse modo, a população poderia interferir de forma mais efetiva no processo de formulação da política. Por trás dessa concepção há uma lógica de organização do sistema de saúde que tem como pressuposto que quanto mais perto o gestor está dos problemas de uma comunidade, mais chance tem de acertar na resolução dos mesmos.

O princípio da descentralização exige um novo formato na condução e organização da política. Nesse sentido, apresentam-se as 'diretrizes do SUS' de 'regionalização' e 'hierarquização' dos serviços, com a organização de um sistema de referência e contra-referência, incorporando os diversos níveis de complexidade do sistema (primário, secundário, terciário).

'Regionalizar' implica um melhor conhecimento, por parte de estados e municípios, dos problemas sociais e de saúde de suas localidades para que se possa então implementar uma política de saúde condizente. Quem passa a decidir as prioridades de cada região é o gestor, que leva em consideração as características geográficas, o fluxo da demanda, o perfil epidemiológico, a ofer-

POLÍTICAS DE SAÚDE

ta de serviços e as necessidades expressas pelos usuários. Estados e municípios devem estar mais integrados no processo de planejamento das ações e serviços de saúde de modo a atender melhor às necessidades da população.

A 'hierarquização' dos serviços segue a mesma lógica, organizando a rede de saúde a partir dos diferentes níveis de complexidade dos serviços e de acordo com as realidades local e regional. A referência e contra-referência funcionam como os elos de ligação dessa rede. Se um município ou um serviço de saúde não apresenta condições para atender a um determinado problema de saúde, individual ou coletivo, deve remetê-lo a uma outra unidade (referenciada), com capacidade de resolução do problema apresentado e de garantir seu atendimento. A contra-referência significa o ato de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após a resolução da causa responsável pela referência. Para a construção desse sistema, faz-se necessária a identificação das unidades de prestação de serviços de saúde por área, por nível de complexidade, tipo de atendimento, especialização e natureza (pública ou privada), além de um compromisso de cada unidade na execução dos serviços definidos, garantindo o acesso da população aos diferentes níveis de atenção que cada caso requer.

Com o princípio da descentralização e as diretrizes de regionalização e hierarquização apresenta-se uma proposta de organização e gestão do sistema de saúde bastante diferente da prática adotada durante toda a história das políticas de saúde no Brasil. A proposta só se concretiza com sucesso se há solidariedade e cooperação entre governantes (das três esferas de governo), transparência e democratização decisória.

PRINCÍPIO 4 – PARTICIPAÇÃO POPULAR – trata da garantia constitucional que a população, por meio de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas e do controle de sua execução. Esse princípio expressa bastante bem o momento político de redemocratização vivido pelo país e a capacidade de articulação do movimento social no contexto da saúde.

A participação social foi enunciada na Constituição de 1988 e regulamentada na lei reguladora do SUS de 1990 (lei 8.142/1990), onde se definem a configuração dos conselhos de saúde (em cada esfera de governo) e a realização periódica (a cada quatro anos) das conferências de saúde (também em cada esfera de governo).

HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Os conselhos têm como função, dentre outras, exercer papel de formulação, acompanhamento e controle permanente das ações do governo nos seus três níveis. O principal avanço foi o estabelecimento de um canal permanente de relação entre o gestor e a população –representada de forma paritária nos conselhos –, possibilitando maior transparência no processo decisório.

Já as conferências de saúde têm por objetivo avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, podendo ser convocada pelo poder executivo ou, extraordinariamente, pelo conselho de saúde (Brasil, 1990).

SUS: uma reforma em construção e muitos desafios a enfrentar

Os princípios e diretrizes do SUS definem para os gestores da saúde e governantes em geral quais são as bases para a construção das políticas de saúde e aonde se deseja chegar (imagem-objetivo). A Constituição afirmou um direito, e cabe ao Estado, na figura de seus governantes, implementá-lo. Entretanto, não é simples colocar em prática uma política tão abrangente como a que foi proposta com a seguridade social e o SUS, menos simples ainda quando existem lacunas importantes no desenho da proposta, como na questão do financiamento ou da descentralização – fatores importantes na sustentação da reforma.

Com a definição do SUS, na Constituição Federal de 1988, iniciaram-se o debate e as negociações em torno da lei reguladora do SUS, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS 8.080). A lei visava regulamentar o SUS, definir com maior nível de detalhamento seus objetivos e atribuições, aprofundar a questão do financiamento, da regulação do setor privado, da descentralização, regionalização e hierarquização do sistema, da participação popular, dentre outras, mas o contexto político no momento de negociação dessa lei (último ano do governo Sarney e primeiro ano do governo Collor) não possibilitou agilidade na sua aprovação; foram 390 dias de tramitação no Congresso Nacional e uma aprovação parcial da lei, que sofreu vetos presidenciais (Collor) nos aspectos relativos ao financiamento, à participação popular, à organização da estrutura ministerial, da política de cargos e salários e outras.

POLÍTICAS DE SAÚDE

Três meses após a aprovação da lei 8.080, foi aprovada uma outra (lei 8.142), complementar a esta, definindo algumas propostas vetadas na lei original, especialmente no que diz respeito ao financiamento e à participação popular. Contudo, ainda se mantêm, nas leis reguladoras do SUS (8.080 e 8.142), lacunas expressivas para a implementação efetiva da política.

No processo de construção e operacionalização do SUS nesses últimos 14 anos (1990-2002) o que se vê é um constante processo de negociação e reconstrução da proposta original. Milhares de portarias foram editadas pelo Ministério da Saúde, e novas leis foram aprovadas pelo Congresso Nacional. Cada contexto político e de gestão de governo permitiu avançar ou definir rumos mais consistentes para a reforma; só uma análise mais precisa de cada gestão pode dizer o que se alcançou.

Em uma análise ampliada da política e de todas as estratégias adotadas visando à operacionalização do SUS, é possível identificar alguns desafios que se apresentam de forma constante, desafios que revelam as heranças deixadas pelos anos de autoritarismo, centralização decisória e prática clientelista no Brasil e que foram reproduzidas na burocracia institucional da saúde e nas práticas dos serviços de saúde, quiçá no imaginário social.

No princípio da descentralização, esbarramos no primeiro grande desafio na operacionalização da reforma. O Brasil é um país de grande heterogeneidade: convivem estados ricos e pobres, municípios de grande e também de pequena extensão territorial, tem secretário de saúde que vira ministro e secretário de saúde que mal escreve o próprio nome, tem cidade com mais de 1.000 unidades de saúde e cidade sem médico. Por trás da disparidade entre regiões e até mesmo entre municípios de um mesmo estado está a trajetória de organização política e dos interesses daqueles que se mantiveram no poder.

A proposta de descentralização, tal como apresentada no contexto da reforma da saúde, exige um enfrentamento das disparidades, pressupõe uma política de solidariedade e cooperação entre União, estados e municípios, provoca a revisão de práticas institucionalizadas na forma de condução da política, buscando maior transparência no processo decisório e o compromisso com a política pública, o que, em um cenário de disputa por

HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

poder, tem-se mostrado bastante difícil. Não à toa esse tem sido o princípio mais discutido no processo de operacionalização do SUS com normas próprias buscando alavancar o processo.¹²

O principal desafio é construir uma política de descentralização que fortaleça de fato os gestores estaduais e municipais mantendo o compromisso destes na garantia do SUS, e a continuidade do governo federal como principal regulador da política capaz de suprir eventuais fragilidades dos estados e municípios (especialmente com suporte técnico e financeiro). A descentralização não é uma política uniforme e que se ajuste como uma fôrma para todo o país. Há que se definir estratégias diferenciadas de modo a fortalecer aqueles que precisam de força e manter os estímulos para aqueles que já garantem a construção da reforma.

Também o princípio da participação popular esbarra no cenário de heterogeneidade do país e especialmente na imaturidade política dos diversos segmentos sociais (prestadores, profissionais e usuários), que têm dificuldade para se articularem como propositores e controladores da política, seja nos conselhos ou nas conferências de saúde. A imaturidade política está diretamente associada à compreensão da noção de direito, o que também denuncia a trajetória político-institucional do Estado brasileiro.

O processo de construção de nossa cidadania esbarrou em barreiras de toda ordem no curso da história: a segmentação dos direitos por classes sociais, etnia e sexo; a valorização do trabalhador (a cidadania regulada); o estímulo ao corporativismo extremado na briga por interesses de cada categoria (cooptação do trabalhador, populismo); os períodos de ditadura em momentos-chave de transformação política e social (ditadura populista, ditadura militar); a manutenção constante das elites no poder.

A cidadania se constituiu assim à imagem e semelhança da forma de funcionamento do Estado, baseada na garantia de um direito primordialmente individual, revelando-se no dito popular 'farinha pouca, meu pirão primeiro'.

¹² Como as Normas Operacionais Básicas da Saúde (Nobs) publicadas nos anos de 1991, 1992 (reedição da NOB 91 com pequenos acréscimos), 1993 e 1996, e as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas), publicadas em 2001 e 2002. As normas têm exercido, especialmente desde a edição de 1993, o papel de orientação do processo de descentralização, explicitando as competências e responsabilidades de cada esfera de governo e estabelecendo as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir novas posições no processo de implantação do SUS. Cada norma avançou na definição de regras para a implantação do SUS sobrepondo propostas, mas não necessariamente anulando a política anterior.

POLÍTICAS DE SAÚDE

Quando transportamos essa prática para os fóruns participativos da saúde, encontramos dificuldade para a definição de políticas mais redistributivas e solidárias, e prevalecem os interesses individuais e/ou corporativos.

Por último, o desafio na construção de uma política universal e integral de saúde. A trajetória de constituição de dois campos na área da saúde – a saúde pública e a medicina previdenciária – constituiu uma lógica de atuação que não favorece a construção de ações integradas e muito menos a solidariedade social com o objetivo da universalização. Um dos principais embates no processo de discussão da reforma nos anos 70/80 esteve relacionado ao fato de que os trabalhadores que financiavam o sistema previdenciário não estavam dispostos a repartir seus benefícios com o restante da população (não contribuinte). A definição da proposta da seguridade social se deu sob bases frágeis e sem o apoio efetivo dos trabalhadores vinculados ao sistema previdenciário (Faria, 1997).

Outro aspecto da questão é o fato de que os serviços, os profissionais de saúde e também a população apreenderam durante anos uma prática em saúde que não buscava o olhar integral. Com a reforma, é necessário incorporar e construir uma nova concepção de saúde, capaz de compreender o indivíduo no contexto de uma coletividade e dos problemas que dela emana. Esse desafio remete à questão da formação profissional e de novas práticas sociais.

Todos os desafios aqui apresentados exigem uma disposição dos governantes, técnicos e da população para a mudança. O SUS não nasceu da cabeça de alguns poucos; nasceu de um processo político complexo e que envolveu a sociedade civil, as instituições de ensino e pesquisa e o próprio Estado. São milhares de indivíduos hoje implicados nesse processo com muitos interesses em questão.

Na lei está escrito que todos têm direito à saúde, independente de raça, gênero, idade, classe social etc. Na prática, o que percebemos é ainda uma grande insatisfação/descrência com relação ao SUS. A saúde pública não consegue atender a todos, e o setor privado, com regras frouxas, estabelece seus próprios critérios de exclusão. A reforma do sistema de saúde brasileiro ainda está em curso, e certamente só terá um final feliz se Estado e sociedade concordarem que há a necessidade urgente de uma política mais justa, solidária e redistributiva no Brasil.

Durante os anos 90, assistimos a inúmeras tentativas de ajuste e estabi-

HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

lização de nossa economia, sacrificamos as classes sociais menos favorecidas e apostamos nas reformas de governo propostas.¹³ Hoje, no início do terceiro milênio, mantemos estruturas sociais que correspondem ao modo de vida do início do século passado. O compromisso com o social, com uma política de saúde coletiva é dever de qualquer cidadão, mas principalmente daquele que pretende algum dia atuar na área de saúde. O direito à saúde é uma conquista do movimento social, e o caminho agora é a busca para implementá-lo.

Referências

- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Tabnet – Distribuição dos beneficiários. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <www.anstabet.ans.gov.br/tabcgi.exe?dados/TABNET_BR.DEF>. Acesso em: 8 out. 2007.
- BAPTISTA, T. W. F. *Políticas de Saúde no Pós-Constituinte: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivo e legislativo no Brasil*, 2003. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- BOBBIO, N; MATTEUCI, N. & PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1995.
- BRASIL. Constituição da República. Artigos 194, 196. Brasília, Senado Federal, 1988. Disponível em: <www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2003.
- BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <www.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>. Acesso em: 1 out. 2004.
- COC. Casa de Oswaldo Cruz. *Guia do Acervo da Casa de Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro: COC, Fiocruz, 1995.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7. *Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.
- CORDEIRO, H. *As Empresas Médicas*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- CORDEIRO, H. *O Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri, 1991.
- COSTA, J. F. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.
- COSTA, N. R. *Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.
- ESPING-ANDERSEN, G. O futuro do *Welfare State* na nova ordem mundial. *Revista Lua Nova*, 35: 73-111, 1995.

¹³ Sobre o ajuste estrutural no Estado capitalista, ver Pereira e Linhares, texto "O Estado e as políticas sociais no capitalismo", no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

POLÍTICAS DE SAÚDE

FARIA, T. W. *Dilemas e Consensos: a seguridade social brasileira na Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88 – um estudo das micro-relações político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil*, 1997. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

FIORI, J. L. *Em Busca do Dissenso Perdido: ensaios críticos sobre a festejada crise do Estado*. Rio de Janeiro: Insight, 1995.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

HOCHMAN, G. & FONSECA, C. M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, D. (Org.) *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

LIMA, L. D. & BAPTISTA, T. W. F. Política e gestão da saúde no Brasil: desafios para a VISA. Rio de Janeiro: Ensp, Fiocruz, 2003. (Texto didático para o curso de atualização em gestão da vigilância sanitária para dirigentes municipais do estado do Rio de Janeiro).

LIMA, N. T.; FONSECA, C. & HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva. In: LIMA, N. T. (Org.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MENDES, E. V. (Org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1993.

OLIVEIRA, J. A. A. & TEIXEIRA, S. M. *(Im)previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.

ROSEN, G. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

SANTOS, W. G. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SNOW, J. *Sobre a Maneira de Transmissão do Cólera*. Rio de Janeiro: Usaid, 1967.

Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde

Gustavo Corrêa Matta

Introdução

Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) constituem as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde em nosso país, afirmando direitos conquistados historicamente pelo povo brasileiro e o formato democrático, humanista e federalista que deve caracterizar sua materialização.

Neste sentido, os princípios e diretrizes do SUS devem ser compreendidos a partir de uma perspectiva histórica e epistemológica, constituindo-se como um produto resultante de um processo político e que expressa concepções sobre saúde e doença, direitos sociais, gestão, as relações entre as esferas de governo do país, entre outros.

Este artigo tem o objetivo de organizar, descrever e colaborar para a compreensão dos princípios e diretrizes do SUS a partir da análise dos conteúdos disponibilizados pela legislação do SUS e por autores que o apresentam para fins didáticos ou analíticos. Apresentaremos o tema não apenas de forma descritiva, mas compreendendo seu contexto histórico, político e epistemológico.

A base legal do SUS é constituída fundamentalmente por três documentos que expressam os elementos básicos que estruturam e organizam o sistema de saúde brasileiro. São eles:

- 1 - A Constituição Federal de 1988, na qual a saúde é um dos setores que estruturam a seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social (Brasil, 1988).
- 2 – A lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida como a Lei Orgânica da Saúde e que dispõe principalmente sobre a organização e regulação das ações e serviços de saúde em todo território nacional (Brasil, 1990a).

POLÍTICAS DE SAÚDE

3 – A lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece o formato da participação popular no SUS e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Brasil, 1990b).

Além disso, há diversas normatizações, decretos, portarias e medidas provisórias que atualizam, alteram ou revisam aspectos organizacionais e operacionais do sistema. Mas a estrutura formal do SUS está disposta nesses três documentos citados anteriormente.

Princípios e Diretrizes: instruções de uso

Definir e descrever os princípios e diretrizes do sistema de saúde brasileiro, o SUS, não é tarefa das mais simples, muito menos, breve. As dificuldades são várias e de diversas ordens.

Façamos rapidamente uma apreciação de trechos do texto constitucional sobre o setor saúde e da lei 8.080, a lei orgânica da saúde:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sempre juízo dos serviços assistenciais;
- III- participação da comunidade. (Brasil, 1988: 63)

Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes

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

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (Brasil, 1990a:69)

A primeira dificuldade é definir claramente a diferença entre princípio e diretriz. Aparentemente pode parecer uma tarefa simples, não fosse a própria dificuldade apresentada pelos legisladores quando formularam o texto constitucional e a lei orgânica da saúde.

Por exemplo, o texto constitucional em nenhum momento menciona o termo princípios, afirmando que o SUS é organizado a partir de diretrizes. Já a lei 8.080 de 1990, afirma que o SUS será organizado de acordo com as diretrizes dispostas no artigo 198 da constituição e também por princípios discriminados no texto.

Apesar de aparentemente haver uma referência explícita ao texto constitucional, alguns elementos apresentados como princípios na lei 8.080 são exatamente os mesmos que constam como diretrizes do texto constitucional. Veja a comparação no quadro a seguir:

Quadro 1 – Comparação entre a Constituição e a lei 8.080

Texto constitucional (Diretrizes)	Lei 8.080 (Princípios)
I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo	IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo
II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;	II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema
III- participação da comunidade	VIII - participação da comunidade

POLÍTICAS DE SAÚDE

Percebemos, portanto, que descentralização, integralidade e participação da comunidade, tomada a legislação em seu conjunto, são apresentados ao mesmo tempo como princípio e diretriz.

A segunda dificuldade são os diversos atributos do SUS apontados como princípios e diretrizes. Como podemos observar nas citações anteriores, a legislação do SUS apresenta diversos elementos que podem ser apresentados como estruturantes e também como organizativos, o que contribui para o esvaziamento da diferença entre princípio e diretriz, bem como para a pulverização dos atributos que devem constituir o SUS.

Estas dificuldades encontram-se também entre alunos, docentes e, principalmente, entre os usuários do SUS, que, para defenderem seus direitos, devem conhecer quais os elementos (princípios e diretrizes) que orientam o SUS e que marcam historicamente a luta popular pela saúde.

O que seriam, então, os princípios e diretrizes do SUS?

Devemos inicialmente esclarecer o que a língua portuguesa define como princípio e diretriz, para posteriormente identificar os usos desses termos como elementos constituintes do SUS.

O dicionário *Houaiss da língua portuguesa* (Houaiss & Villar, 2001: 2.299) define princípio como “1. o primeiro momento da existência (de algo), ou de uma ação ou processo; começo, início (...); 2. o que serve de base a alguma coisa; causa primeira, raiz, razão (...); 3. ditame moral; regra, lei, preceito”.

A definição do dicionário nos serve de várias formas. Ao utilizar as definições 2 e 3, podemos pensar os princípios do SUS como aquilo que serve de base, alicerce, para o sistema de saúde brasileiro; em contrapartida e ao mesmo tempo, tais princípios representam os valores, os preceitos, as bandeiras de luta que sustentam o sistema de saúde. Ou seja, mencionamos um princípio que é estruturante e ao mesmo tempo é princípio moral, ou seja, os valores que escolhemos para orientar as ações e políticas de saúde em nosso país.

Por exemplo, escolhemos, por uma luta histórica e pactuada na assembléia nacional constituinte de 1988, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. Portanto, todo cidadão brasileiro tem o direito à atenção à saúde. Esse é o princípio da universalidade. É uma das razões do SUS. Ele deve existir para todos e não apenas para aqueles que trabalham formalmente, ou que contribuam diretamente para algum tipo de seguro saúde. Simplesmente a saúde é um direito universal para nós brasileiros.

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Claramente constitui-se como um dos pilares, dos ditames morais do SUS. Sem esse princípio, o SUS não teria essa cara, não existiria dessa forma. O sistema de saúde deve mover-se no sentido de que todas as ações devem atender a todos aqueles que dele necessitam.

Diretriz é definida pelo *Houaiss* (Houaiss & Villar, 2001: 1.050) como “1. a linha básica que determina o traçado de uma estrada; 2. esboço, em linhas gerais, de um plano, projeto etc; 3. norma de procedimento, conduta etc; diretiva”.

Os sentidos apontados nos permitem compreender diretrizes como aquilo que define rumos, dinâmicas, estratégias que organizam o SUS. São linhas gerais, determinam rotas; são estratégicas, pois apontam caminhos e meios para atingir objetivos. Nesse sentido, as diretrizes seriam meios, normas para atingir os objetivos¹ do SUS que, em última instância, estariam articuladas com seus princípios.

Organizar o sistema de saúde com direção única em cada esfera de governo por meio da descentralização política, administrativa e financeira da União, estados e municípios é um meio para atingir os objetivos do SUS. Portanto, descentralização seria uma diretriz que obedece aos princípios do SUS.

Em contrapartida, a descentralização tornou-se um traço estruturante do sistema de saúde brasileiro que muitas vezes confunde-se com um princípio, a ponto de alguns autores apresentá-lo dessa forma (Pereira et al., 2004). Alguns autores, na tentativa de organizar a discussão em torno dos princípios e diretrizes do SUS, propõem uma redescrição dessas noções. Ao invés de princípios e diretrizes, o SUS seria organizado a partir de princípios doutrinários e princípios organizativos (Cunha & Cunha, 2001).

Os princípios doutrinários seriam o núcleo comum de valores e concepções que servem de base para os SUS. A idéia de doutrina, ao mesmo tempo que identifica um conjunto de elementos comuns que justificam ou embasam um sistema ou uma teoria, pressupõe também a idéia de que só exista um único modo de compreensão desse sistema ou dessa teoria. Se por um lado

¹ Segundo a lei 8.080, de 1999, os objetivos do SUS são: “I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (Brasil, 1988: 66).

POLÍTICAS DE SAÚDE

fortalece a concepção de que é a partir dessa visão de mundo que todo o sistema deva ser pensado; por outro, esvazia o caráter histórico, político e democrático, que esses princípios representam. Nesse sentido, os princípios do SUS são uma escolha e um resultado da luta da sociedade brasileira para legitimar e garantir esses valores. Valores que se contrapunham aos princípios, por exemplo, liberais, da privatização da saúde; da saúde como um bem de consumo que deve obedecer a uma lógica de mercado.

Os princípios organizativos representam a forma de organização e operacionalização do sistema. Ou seja, a partir dos princípios doutrinários, os princípios organizativos definiriam as estratégias, os meios para concretizar os valores fundamentais do SUS.

Poderíamos, conforme a argumentação desenvolvida neste trabalho, tornar equivalentes os significados de princípios e princípios doutrinários, e diretrizes e princípios organizativos. Portanto, a partir deste momento, tomaremos a denominação 'princípios' para a base filosófica, cognitiva e ideológica do SUS, e 'diretrizes' para a forma, as estratégias e os meios de organização do sistema para sua concretização.

A construção desses sentidos que estamos propondo aqui é importante para pensarmos os usos dessas noções na política, na assistência e na formação de trabalhadores em saúde, sob o risco de tratarmos de forma a-histórica ou despolitizada os valores e as normas que escolhemos e defendemos na organização do sistema de saúde brasileiro.

Feita esta introdução semântica e retórica sobre princípios e diretrizes, iniciemos o trabalho de identificação e descrição dos elementos que compõem a base e a organização do SUS.

Princípios do SUS

Conforme nossa descrição sobre o sentido de princípios, identificamos três elementos que compõem a base cognitiva, ideativa e filosófica do sistema brasileiro e que foi inscrita na Constituição Federal de 1988:

- Universalidade;
- Eqüidade;
- Integralidade.

Voltemos ao texto constitucional e procuremos realizar um trabalho de identificação das idéias estruturantes e seus sentidos.

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Princípio da universalidade

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988: 63)

O artigo 196 da Constituição Federal afirma que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Isso significa dizer que a saúde é um direito e não um serviço ao qual se tem acesso por meio de uma contribuição ou pagamento de qualquer espécie. Todos os cidadãos brasileiros têm direito à atenção à saúde.

A noção de direito à saúde difere completamente da noção de seguro social que esteve presente no Brasil desde a Lei Eloi Chaves em 1923, quando trabalhadores e empregadores financiavam as Caixas de Aposentadoria e Pensões (Caps), e que perdurou até o modelo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) em 1990.

Em decorrência da história da assistência à saúde no Brasil e da hegemonia da cultura do consumo nas sociedades contemporâneas, muitos associam a noção de universalidade à de gratuidade. A universalidade pressupõe a idéia de direito, o que torna completamente inadequado o uso de qualquer menção à idéia de pagamento/gratuidade. No Brasil, o direito à saúde é um direito social, coletivo, e não um direito individual garantido mediante pagamento e a respectiva cobertura.

Logicamente, os serviços de saúde necessitam de financiamento para atender às diversas demandas da população que se materializam na contratação e remuneração de trabalhadores, na aquisição de insumos (medicamentos, equipamentos, entre outros), na construção e manutenção de hospitais, ambulatórios, unidades básicas de saúde, veículos e as diversas instalações para abrigar, transportar e produzir as ações de saúde. Além da prestação direta de serviços, há a necessidade de organização da gestão com todas as atividades de coordenação, planejamento, monitoramento, tratamento e armazenamento de informações, comunicação e educação para a saúde, que são objeto de políticas e financiamento por parte do Estado, entre outros.

O financiamento da saúde se dá por meio da arrecadação de impostos e outras formas de obtenção de recursos que devem ser administrados para atender aos princípios do SUS e às demandas de saúde da população brasileira.

POLÍTICAS DE SAÚDE

Portanto, quando ressaltamos que é inapropriado afirmar que o SUS é gratuito, queremos reforçar a noção ou princípio do direito à saúde. Não queremos dizer que não é financiado, mas que a população não deve desembolsar nenhuma espécie de pagamento direto para a obtenção de serviços de saúde no SUS.

Aqui falamos da noção de direito presente na concepção do Estado de Bem-estar Social, na qual o Estado tem um papel fundamental na correção das iniquidades sociais, na redução dos riscos decorrentes da expansão dos mercados e no estímulo ao crescimento econômico e social.²

A noção de direito à saúde expressa na Constituição afirma que as condições de saúde da população são resultantes do contexto econômico e social brasileiro que não se reduz à compreensão biomédica do processo saúde/doença. Ou seja, para uma população atingir padrões aceitáveis de saúde, é necessário, além de ações e serviços setoriais, políticas econômicas e sociais que assegurem a igualdade de condições de acesso aos serviços de saúde e ao desenvolvimento social. Nesse sentido, a saúde se confunde com o direito à vida (Cunha & Cunha, 2001).

Em decorrência, o princípio da universalidade, bem como os demais princípios, é atravessado pelo que se convencionou chamar de conceito ampliado de saúde. Sua melhor forma de expressão está descrita na definição de saúde da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS):

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasil, 1986: 4)

A universalidade do SUS apresenta-se não apenas como o direito à saúde garantido mediante políticas públicas, bem como aponta para a questão do direito à vida e à igualdade de acesso sem distinção de raça, sexo, religião ou qualquer outra forma de discriminação do cidadão brasileiro.

Nesse sentido, precisamos distinguir dois desafios colocados pelo princípio da universalidade:

² Sobre a concepção de Estado de Bem-Estar Social, ver Monnerat e Senna, texto "A seguridade social brasileira: dilemas e desafios", no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

- A universalidade do acesso às ações e serviços de saúde;
- A universalidade das condições de vida que possibilitem boas condições de saúde.

Fica claro que a proposta em pauta no marco histórico da constituição do SUS não é um projeto de reformulação apenas do setor saúde, mas um projeto de uma sociedade mais justa, igualitária e democrática. Esta reflexão nos leva a discutir um outro princípio do SUS.

Princípio da equidade

O princípio da equidade é fruto de um dos maiores e históricos problemas da nação: as iniquidades sociais e econômicas. Essas iniquidades levam a desigualdades no acesso, na gestão e na produção de serviços de saúde. Portanto, o princípio da equidade, para alguns autores, não implica a noção de igualdade, mas diz respeito a tratar desigualmente o desigual, atentar para as necessidades coletivas e individuais, procurando investir onde a iniquidade é maior.

A noção de equidade não está presente nos textos fundacionais do SUS e apenas algum tempo depois apresenta-se como um norteador das políticas nos documentos legais e nos textos acadêmicos (Scorel, 2001). Apesar da base constitucional que legitima o SUS, a preocupação principal naquele momento da construção constitucional parecia reforçar, produzir a idéia de igualdade. Igualdade na concepção de cidadania, uma vez que todo os brasileiros teriam o direito político, legitimado pelo Estado, de acesso ao sistema de saúde, como descrito anteriormente. Uma espécie de cidadania sanitária. Mas ao confrontar-se com o que chamamos de conceito ampliado de saúde, o espaço da igualdade, do exercício da liberdade, não seria suficiente para fazer frente às diferenças entre as diversas regiões, os diversos grupos populacionais, entre outros.

O princípio da equidade identifica o espaço da diferença, não o espaço da igualdade. É a concepção de um espaço regulador das diferenças, no sentido de reduzir ou atentar para as iniquidades ou diferenças. Isto é reconhecer a pluralidade e a diversidade da condição humana nas suas necessidades e na suas potencialidades.

A preocupação da equidade, no que se refere à saúde e ao projeto de sociedade que o SUS expressa, coloca o problema da distribuição de recursos, insumos e serviços, que, segundo Scorel, pertence a uma forma dife-

POLÍTICAS DE SAÚDE

renciada da noção de igualdade: "Assumindo a diversidade da espécie humana, igualdade e equidade concentram-se nas regras de distribuição e em critérios comparativos. Daí a igualdade proporcional atribuir partes diferentes a pessoas diferentes, na proporção da diferença" (Escorel, 2001: 5).

O problema da equidade e igualdade está em estabelecer um juízo de valor para eleger critérios de distribuição, classificando pessoas ou populações e estabelecendo modos de distinção.

Alguns autores simplificam a questão da equidade identificando como critério a priorização de segmentos populacionais com base em indicadores epidemiológicos e de distribuição de renda.

A equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde traduz o debate atual relativo à igualdade, prevista no texto legal, e justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços. (Vasconcelos & Pasche, 2006: 535)

O problema aqui é identificar os processos de eleição dos critérios de distribuição de ações, serviços e insumos em prol da equidade como estratégias puramente técnicas, destituídas de sua dimensão política. São processos de construção forjados em uma arena política e social, a partir de juízos de valor historicamente determinados. Ao discutir o tema, obrigatoriamente estamos em relação direta com o problema das necessidades de saúde. Este último também é alvo de grande disputa entre as diversas racionalidades e interesses que procuram explicar o processo saúde/doença, naturalizando tanto o processo de construção do conhecimento como também o ocultamento das estratégias de hegemonia na formulação de políticas e prioridades em saúde (Camargo Jr., 2005).

Portanto, apesar de reconhecermos a iniquidade do sistema de saúde e da distribuição da riqueza no Brasil, o princípio da equidade tem o desafio da construção de estratégias que reflitam a participação e a emancipação cívica e social, expressas no texto constitucional e na luta histórica pelo direito à saúde no país.

Princípio da integralidade

O princípio da integralidade tem sido revisitado, estudado e debatido nos últimos anos (Pinheiro, Mattos & Ferla, 2006; Pinheiro & Mattos, 2005; Giovanella

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

et al., 2002), influenciando os modelos de gestão e participação popular, a formulação de políticas, os saberes e as práticas em saúde, bem como, estruturando a formação de trabalhadores para a saúde.

Tentando seguir o caminho aberto por Mattos (2001), é importante identificar os diversos sentidos de integralidade presentes no campo da saúde: 1 - No sentido histórico, na idéia de construção de um sistema único de saúde em contraposição à dicotomia da gestão da prevenção e da assistência médica no país; 2 - No sentido epistemológico da concepção de saúde, na organização de uma prática em saúde integral; 3 - No sentido do planejamento em saúde, na formulação de políticas pautadas na atenção integral; 4 - No sentido das relações entre trabalho, educação e saúde, na formação e gestão do trabalho em saúde.

Em um primeiro sentido, presente no texto constitucional, a integralidade apresenta-se como uma ruptura histórica e institucional partindo da crítica à dicotomia entre ações preventivas e curativas, cindidas historicamente desde a origem da formalização das políticas de saúde no Brasil até a extinção do modelo Inamps. A Constituição afirma que o atendimento integral deve priorizar as ações preventivas, sem prejuízo das ações de assistência. Isso significa afirmar que o usuário do SUS tem o direito a serviços que atendam às suas necessidades, ou seja, da vacina ao transplante, com prioridade para o desenvolvimento de ações preventivas. Esta ênfase se deve ao quase abandono dessas ações de cunho coletivo e preventivo em saúde durante toda a ditadura militar. Por isso, a denominação sistema 'único' de saúde. Não há dois sistemas, um para prevenção e outro para ações curativas. Isso significa dizer que na direção do SUS em cada esfera de governo devem ser organizados ações e serviços que visem à integralidade.

Em um segundo sentido, que expressa uma concepção do processo saúde/doença, a noção de atenção integral também diz respeito à crítica ao reducionismo biomédico, incorporando o conceito ampliado de saúde que mencionamos anteriormente. Isto é, a compreensão das diversas dimensões que determinam a produção da saúde e da doença, envolvendo o sujeito como um todo e suas relações com a sociedade e o meio ambiente, e não apenas sua descrição biológica. Nesse sentido, mais uma vez, as ações e serviços de saúde devem se organizar para atender à diversidade de necessidades das pessoas e dos grupos sociais. Podemos, no sentido proposto, identificar todo o esforço de

POLÍTICAS DE SAÚDE

humanização das práticas de saúde e da política nacional de humanização, localizando o sujeito como o centro e objetivo privilegiado da ação em saúde e não a doença ou o corpo.

No terceiro sentido proposto, as políticas de saúde devem ser formuladas tendo em vista a integralidade, compreendendo a atenção às necessidades de grupos específicos. São exemplos desse tipo de política: a atenção integral à saúde da mulher e a política de atenção à DST/Aids.

No quarto sentido de integralidade, voltamos nosso foco para a formação de trabalhadores e para o processo de trabalho em saúde. A formação de trabalhadores da saúde deve ser concebida a partir de uma organização dos conhecimentos e das práticas que viabilizem o reconhecimento da integralidade como o eixo norteador do processo educativo. Essa proposta guarda relações com a perspectiva da politecnia, na qual a compreensão das bases que fundamentam a prática profissional possibilita a reflexão sobre a produção do conhecimento, o processo de trabalho e a emancipação dos trabalhadores no seu sentido político-produtivo. A crítica à divisão entre trabalho manual e trabalho intelectual, entre a divisão social e técnica do trabalho em saúde, deve ser superada na articulação entre trabalho, educação e saúde com base na integralidade, trazendo repercussões para processo de trabalho em saúde (Matta, 2006).

Diretrizes do SUS

A partir da análise da legislação do SUS e dos textos que tematizam sua organização, identificamos três diretrizes que devem se articular com os princípios do SUS:

- Descentralização;
- Regionalização e hierarquização;
- Participação da comunidade;

É por intermédio dessas diretrizes, tendo em vista o alicerce estrutural dos princípios da universalidade, equidade e integralidade, que o SUS deve se organizar. São estes os meios pelos quais escolhemos atingir os objetivos do sistema de saúde brasileiro.

Diretriz da descentralização

O texto constitucional define que o SUS deve se organizar a partir da “descentralização, com direção única em cada esfera de governo” (Brasil, 1988: 63).

O debate entre centralização x descentralização é antigo e não pode ser tratado separadamente nem no sentido histórico e nem no sentido político, sob o risco de ser reduzido à discussão de questões de cunho técnico ou ideológico. Se por um lado a completa centralização leva à organização de um Estado totalitário; por outro, a completa e radical descentralização levaria à dissolução da noção de Estado (Bobbio et al., 2004).

Portanto, há necessidade de uma aproximação cuidadosa da diretriz da descentralização do SUS, pois ela apresenta-se tanto como uma estratégia de constituição de um Estado federativo como também como uma estratégia de organização do sistema de saúde. O tema da descentralização pode ser abordado de diversas formas: descentralização política, descentralização administrativa, descentralização de serviços, entre outros.

A descentralização que trata o SUS é coerente com a concepção de um Estado federativo obediente a princípios constitucionais que devem ser assegurados e exercidos em cada esfera de governo.

No SUS, a diretriz da descentralização corresponde à distribuição de poder político, de responsabilidades e de recursos da esfera federal para a estadual e municipal. Ou seja, estamos falando de uma ‘desconcentração’ do poder da União para os estados e municípios, tendo como objetivo a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Em cada esfera de governo há uma direção do SUS: na União, o ministério da saúde; nos estados e distrito federal, as secretarias estaduais de saúde ou órgão equivalente; e nos municípios, as secretarias municipais de saúde.

A legislação do SUS e suas Normas Operacionais (NOB-SUS) definem as atribuições comuns da União, distrito federal, estados e municípios, bem como o papel e as responsabilidades de cada esfera do governo na organização e operacionalização do SUS.

A lei 8.080, de 1990, descreve as atribuições e competências dessas instâncias de forma genérica e abrangente, muitas vezes tornando difícil reconhecer as especificidades de cada uma.

POLÍTICAS DE SAÚDE

As NOB-SUS especificam com mais detalhes o processo de descentralização do SUS, estabelecendo as condições e estratégias necessárias para que os estados e municípios possam assumir suas responsabilidades perante o processo de implantação e consolidação do SUS.

A NOB-96 não só estabelece as funções e responsabilidades de cada esfera de governo como determina o desenho de reorientação do modelo assistencial brasileiro.

Ao tempo em que aperfeiçoa a gestão do SUS, esta NOB aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que redefine:

- a. os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
- b. os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
- c. os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;
- d. a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;
- e. os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social. (Brasil, 1996: 162-163)

É importante ressaltar que a descentralização é uma diretriz que incorpora em cada esfera de governo os princípios e objetivos do SUS, fortalecendo o federalismo político expresso na Constituição de 1988. Isso é inteiramente diferente da descentralização política proposta pelo ideário neoliberal que preconiza a redução do papel do Estado, a terceirização de serviços e atividades originalmente estatais para a iniciativa privada, como a saúde e a educação, e a desconcentração do poder regulatório do Estado a favor das leis de mercado.³

Os mecanismos e estratégias que organizam e regulam a descentralização como diretriz do SUS estabelecem instâncias de representação, monitoramento e pactuação política e administrativa envolvendo as três esferas de governo.

³ Sobre neoliberalismo, ver Linhares e Pereira, texto "O Estado e as políticas sociais no capitalismo", no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Essas instâncias são:

- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems);
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass);
- Comissão Intergestores Bipartite (CIB) – estabelece pactos entre os municípios com a coordenação da gestão estadual;
- Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – estabelece pactos entre representantes do Ministério da Saúde, do Conass e do Conasems.

Muitos autores têm realizado análises a respeito do processo de descentralização e municipalização do SUS. Até o ano 2000, 99% dos municípios haviam aderido ao SUS, consolidando o processo de formalização da gestão descentralizada. Apesar de todos os mecanismos de desconcentração política e administrativa do SUS, o papel da União na indução de políticas e organização do modelo de atenção, por meio, principalmente, de incentivos financeiros, tem concentrado poder e decisão nessa esfera de governo. O papel dos estados na gestão do processo de municipalização tem-se tornado mais burocrático que aglutinador de estratégias de negociação e fortalecimento por meio de pactos e convênios que fortaleçam a rede de ações e serviços de seus municípios.

Diretriz da regionalização e hierarquização

A lei 8.080 dispõe sobre a necessidade de regionalização e hierarquização da rede de serviços. Essa diretriz diz respeito a uma organização do sistema que deve focar a noção de território, onde se determinam perfis populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social, que devem nortear as ações e serviços de saúde de uma região.

Essa concepção aproxima a gestão municipal dos problemas de saúde, das condições de vida e da cultura que estão presentes nos distritos ou regiões que compõem o município. A lógica proposta é: quanto mais perto da população, maior será a capacidade de o sistema identificar as necessidades de saúde e melhor será a forma de gestão do acesso e dos serviços para a população.

A regionalização deve ser norteadada pela hierarquização dos níveis de complexidade requerida pelas necessidades de saúde das pessoas. A rede de ações e serviços de saúde, orientada pelo princípio da integralidade, deve se organizar desde as ações de promoção e prevenção até as ações de maior complexidade, como recursos diagnósticos, internação e cirurgias. A organiza-

POLÍTICAS DE SAÚDE

ção do sistema pode então requerer uma rede de serviços que extrapole os limites do município, sendo necessário o estabelecimento de convênios com outros municípios para atender às demandas de saúde de seus cidadãos. Nesse momento a diretriz da descentralização, através de suas instâncias de pactuação, como a CIB, participam na constituição dessa rede e no estabelecimento das estratégias de referência e contra-referência intermunicipais.

Definida como a organização da rede de serviços por nível de complexidade, a hierarquização aponta para uma outra dicotomia, presente no processo de trabalho em saúde, entre trabalho simples e trabalho complexo. Nesse sentido, supor, por exemplo, que as atividades que envolvem a atenção primária à saúde possuem um nível de complexidade menor que outras atividades de âmbito hospitalar ou cirúrgico é reproduzir uma divisão social e técnica do conhecimento que obedece à racionalidade biomédica e à reprodução da divisão social do trabalho (Matta & Morosini, 2006). Portanto, a hierarquização no sentido de reconhecer a complexidade do processo de trabalho em saúde em seus diversos ambientes, estabelece fundamentalmente fluxos necessários de organização e orientação da rede de serviços presentes no SUS orientadas pelo princípio da integralidade.

Diretriz da participação da comunidade

A participação popular é um dos marcos históricos da Reforma Sanitária brasileira, quando, no final dos anos 70, sanitaristas, trabalhadores da saúde, movimentos sociais organizados e políticos engajados na luta pela saúde como um direito, propunham um novo sistema de saúde tendo como base a universalidade, a integralidade, a participação da comunidade e os elementos que atualmente constituem o arcabouço legal e a organização do SUS. Ao mesmo tempo, a Reforma Sanitária brasileira lutava pela abertura democrática e por um projeto de sociedade mais justo, participativo e equânime, questionando as bases das formas de produção da desigualdade e da opressão no sistema capitalista.

Desde então, a participação da comunidade tornou-se uma diretriz da forma de organização e operacionalização do SUS em todas as suas esferas de gestão, confundindo-se mesmo com um princípio, constando do texto constitucional como uma das marcas identitárias do sistema ao lado da universalidade, integralidade e descentralização.

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, a participação popular aparece como um dos princípios que devem reger o 'novo' sistema nacional de saúde: " - Participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e avaliação das ações de saúde" (Brasil, 1986: 10).

A lei 8.142, de 1990, regulamenta as instâncias de participação da comunidade no SUS, formalizando e institucionalizando-as como dispositivos permanentes de formulação e acompanhamento das políticas no interior do sistema.

O SUS possui instâncias colegiadas de participação popular em cada esfera de governo. São elas:

- Os conselhos de saúde;
- As conferências de saúde.

Os conselhos de saúde estão presentes nos três níveis de governo, representados pelo Conselho Nacional de Saúde,⁴ Conselho Estadual de Saúde e Conselho Municipal de Saúde. Essas instâncias representativas são organizadas de forma paritária, composta por metade de representante de usuários e o restante de representantes da gestão, trabalhadores da saúde e prestadores privados.

Os conselhos de saúde devem se reunir em caráter permanente e deliberativo com o objetivo de influir na formulação de políticas em suas áreas de atuação, bem como de exercer o controle social sobre a execução, acompanhamento e avaliação das ações e políticas de saúde, inclusive em suas dimensões financeiras e administrativas. Suas decisões devem ser homologadas pelo gestor do SUS em cada esfera de governo.

As conferências de saúde devem se reunir em cada nível de governo a cada quatro anos, com a representação dos diversos segmentos sociais, podendo ser convocadas pelo poder Executivo ou extraordinariamente pelo pela própria conferência ou pelos conselhos. Constituem-se, portanto, as conferências municipais de saúde, as conferências estaduais de saúde e a Conferência Nacional de Saúde, com o objetivo de avaliar a situação de saúde em cada uma de suas áreas de competência e propor as diretrizes para formulação de políticas.

Essas instâncias, que também participam da diretriz de descentralização da gestão do SUS, reproduzem o modelo federativo proposto pela constituição

⁴ O Conass e Conasems participam também do Conselho Nacional de Saúde.

POLÍTICAS DE SAÚDE

brasileira e pelo sistema de saúde brasileiro. Portanto, a participação da comunidade é um poderoso instrumento da sociedade, formalmente reconhecido e instituído no interior do SUS, para a participação e controle social no campo da saúde e na consolidação e desenvolvimento da democracia em nosso país.

Considerações Finais

Nesses quase 20 anos de constituição do SUS, seus princípios e diretrizes apesar de reconhecidos legalmente e operando formalmente em quase todo o país, ainda estão muito distantes de atingir seus objetivos mais caros para a constituição de um sistema de saúde universal, eqüânime e integral. Mas seu reconhecimento legal e seus embates diários nos serviços de saúde, na comunidade, nos conselhos de saúde, nas secretarias e nas instituições de formação são uma motivação permanente para fazer valer a luta histórica pelo direito à saúde.

Diversos interesses econômicos, políticos e culturais estão em jogo na arena sociopolítica brasileira e colocam em disputa projetos sanitários e societários distintos, impedindo muitas vezes o avanço do SUS, como em governos recentes que reduziram o papel do Estado nas políticas sociais e as influências de organismos e pressões internacionais a favor de sistemas públicos simplificados e precarizados de saúde. O modelo democrático e civilizatório proposto pelo SUS, ao mesmo tempo em que amplia a arena de participação social na formulação e implantação de políticas, implica também o debate e a coexistência de estratégias de hegemonia e de contra-hegemonia.

A formação técnica dos agentes comunitários de saúde (ACS) constitui atualmente um novo desafio para o SUS e para sociedade brasileira. Os princípios e diretrizes aqui discutidos constituem a base para a formação desses trabalhadores e devem orientar a construção de uma prática em saúde emancipatória e cidadã.

O trabalho dos ACS, e de todos os trabalhadores do SUS, se institui como o desafio cotidiano de construção permanente, ao defender seus princípios e repensando as formas de sua materialização, sempre com base na participação e discussão coletiva.

A consolidação do SUS depende também de um novo projeto societário, da superação das históricas iniquidades sociais e econômicas que persistem em existir no Brasil e na construção de um modelo de Estado

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

que se responsabilize por políticas sociais que possam convergir e potencializar o ideário da Reforma Sanitária brasileira.

Para finalizar, o trecho a seguir representa muito bem o lugar que ocupamos como defensores e trabalhadores do SUS e o difícil ofício de existir e trabalhar na contradição daquilo que acreditamos e criticamos enquanto vivemos.

Os que defendem o SUS hoje o fazem de um lugar híbrido de situação/oposição. Como defensores do SUS, são por vezes instados a defendê-lo frente a ataques críticos, ao mesmo tempo em que têm o compromisso de seguir criticando as imperfeições do SUS para superá-las. Difícil tarefa para nossa cultura, na qual nos habituamos a criticar os adversários mais do que os aliados ou a nós mesmos. (Mattos, 2001: 43)

Referências

- BOBBIO, N. et al. *Dicionário de Política*. Brasília: UNB, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei no 8.080/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990a.
- BRASIL. Lei n. 8.142/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990b.
- BRASIL. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde-NOB-SUS 1/96. Brasília: Diário Oficial da União, 1996.
- CAMARGO JR., K. R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) *Constituição Social da Demanda*. Rio de Janeiro: IMS, Cepesc, Abrasco, 2005.
- CUNHA, J. P. P. & CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.
- SCOREL, S. *Os Dilemas da Equidade em Saúde: aspectos conceituais*. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília. 2001. Disponível em: <www.bvseps.epsjv.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=712>. Acesso em: 30 jul. 2007.
- GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, 26(60): 37-61, jan.-abr., 2002.
- HOUAISS, A. & VILLAR, M. S. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

POLÍTICAS DE SAÚDE

MATTA, G. C. A. Construção da integralidade nas estratégias de atenção básica em saúde. In: EPSJV. (Org.). *Estudos de Politecnia e Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006.

MATTA, G. C. & MOROSINI, M. V. G. Atenção primária à saúde. In: EPSJV. (Org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Abrasco, 2001.

PEREIRA A. L. et al. *O SUS no seu Município: garantindo saúde para todos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e participação e os espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Cepesc, Abrasco, 2005.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. & FERLA, A. A. (Orgs.) *Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Educs, Cepesc, IMS, Uerj, 2006.

VASCONCELOS, C. M. & PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Editora Fiocruz, 2006.

O Legislativo e a Saúde no Brasil

Tatiana Vargas de Faria Baptista
Cristiani Vieira Machado

Introdução

O que sabemos da atuação do Poder Legislativo no Brasil com relação à política de saúde? Excetuando o texto constitucional de 1988, seu célebre artigo “*saúde, direito de todos, dever do Estado*”, e as leis da saúde (8.080 e 8.142 – Brasil, 1990a, 1990b), que regulamentam a Constituição, não é comum tomarmos conhecimento das leis aprovadas pelo Legislativo. Mais raro é sabermos do processo decisório que possibilitou a apresentação e aprovação de uma determinada lei, ou dos mecanismos de fiscalização e controle que o Legislativo exerce sob os demais poderes.

O desconhecimento acerca da atuação do Legislativo e do processo de formulação de políticas para a saúde indica uma fragilidade do nosso sistema político. O processo decisório no Brasil é permeado por uma história de grande centralização e supremacia do Executivo (Figueiredo & Limongi, 1999; Pessanha, 2003; Amorim Neto, 2004), não havendo tradição na construção democrática de políticas públicas, com a dificuldade de difusão e debate de propostas e de incorporação de interesses dos diferentes segmentos sociais.

Este artigo objetiva discutir o papel do Legislativo no Brasil na construção e formulação de propostas políticas para a saúde a partir do contexto de redemocratização do Estado na década de 1980. Este ponto de corte justifica-se pela possibilidade de análise de um novo padrão político na relação entre os poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) a partir da abertura política (final da década de 1970) e da definição da Carta Constitucional de 1988, quando foram estabelecidas novas regras para o sistema político.

O texto está dividido em três partes. A primeira apresenta e discute a organização dos poderes no Brasil, o papel do Legislativo tal como definido na Constituição Federal de 1988 (CF88 – Brasil, 1988) e o formato institucional atual, regras e comissões de trabalho, em específico da saúde, com o objetivo de informar e identificar os nós críticos da relação entre poderes no Brasil. A segunda parte discute a formulação da política de proteção social de seguridade

POLÍTICAS DE SAÚDE

social no país e a ampliação do direito à saúde no âmbito do Legislativo. A terceira parte aborda a legislação em saúde aprovada no período 1990-2004, principais características e especificidades da relação Executivo-Legislativo na definição da política pública de saúde brasileira.

O Sistema Político Brasileiro e a Organização dos Poderes

A Constituição Brasileira de 1988¹ reafirma a separação de poderes como princípio estruturante da ordem político-institucional e coroa uma tradição de quase dois séculos,² atribuindo a tal separação um caráter de imprescindibilidade³ para a efetivação do Estado Democrático de Direito (Moraes, 2001). São poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, exercido pelo Congresso Nacional (CN), que se compõe da Câmara dos Deputados (CD) e do Senado Federal (SF – bicameral); o Executivo, exercido pelo presidente da República, auxiliado pelos ministros de Estado; e o Judiciário, exercido pelos tribunais e juízes federais, dos estados e Distrito Federal.

No sistema político brasileiro, define-se ainda uma outra instituição de poder, o Ministério Público, que tem por função a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais (Brasil, 1988: art. 127). Sua principal atribuição é a fiscalização da aplicação da lei.

¹ Sobre o histórico da cidadania no Brasil e a Constituição de 1988, ver Reis, texto "Cultura de direitos e Estado: os caminhos (in)certos da cidadania no Brasil", no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

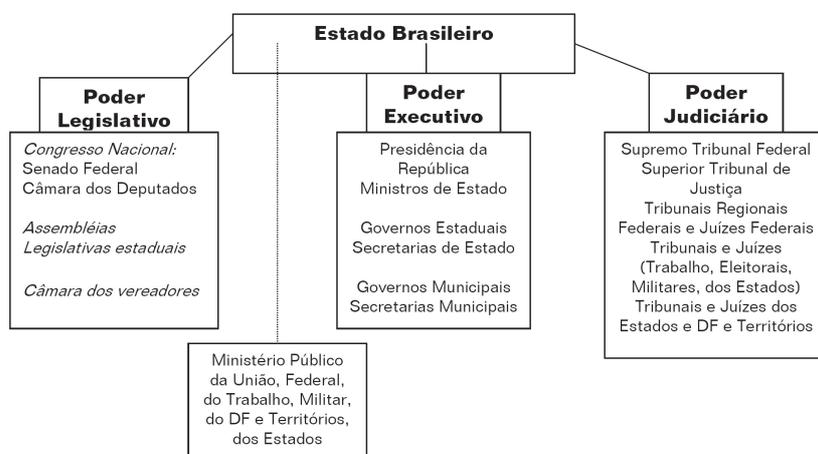
² O Brasil teve sua primeira Constituição em 1824 no contexto de uma monarquia centralista. Nessa Carta estabeleceu-se a formação de um sistema político dividido em quatro poderes – o Legislativo, o Executivo, o Judiciário e o Moderador –, tendo sido conferido ao Imperador o exercício dos poderes Moderador e Executivo, com a prerrogativa de sanção e veto parcial dos atos do Legislativo. Em 1891, no bojo da discussão do governo provisório, apresenta-se uma nova Constituição para o país. Com a nova Constituição, instaura-se o sistema presidencialista e a República Federativa; assim, foi estabelecida a existência de três poderes: o Executivo, o Legislativo e o Judiciário, harmônicos e independentes entre si. Desde então, foram editadas mais seis Constituições no Brasil, todas mantendo a divisão dos três poderes e com variações acerca das prerrogativas de poder do Executivo. Para conhecer a história das Constituições e do Legislativo no Brasil, ver o *site* do SF: <www.senado.gov.br> e para uma discussão crítica dessa trajetória, ver os trabalhos de Pessanha (1997, 2003). Desde a Constituição de 1824 legitimaram-se os poderes Legislativo (Assembléia Geral composta pelo SF e pela CD, com a sanção do Imperador), Executivo (Imperador e seus ministros), Judiciário (juízes e jurados) e Moderador (Imperador).

³ Atribuiu-se ao princípio da separação de poderes a condição de "cláusula pétrea", ou seja, não passível de emenda à Constituição (Moraes, 2001).

O LEGISLATIVO E A SAÚDE NO BRASIL

Seus membros – promotores e procuradores – atuam como defensores da sociedade perante os três poderes. Ao Ministério Público é assegurada a autonomia funcional e administrativa em relação aos três poderes, e, por esse motivo, há quem atribua ao Ministério Público o papel de ‘quarto’ poder.

Figura 1 – A organização do sistema político brasileiro



O Legislativo apresenta duas atividades típicas: legislar e fiscalizar os demais poderes. E duas atividades atípicas: administrar (uma atividade típica do Executivo) e julgar (uma atividade típica do Judiciário). Dentre estas funções, a atividade legislativa é a que mais sobressai e também a que mais se veicula na mídia em geral. A posição que o parlamentar assume no processo legislativo é medida e controlada pela sociedade; o parlamentar sempre tem uma prestação de contas em relação ao seu eleitorado.⁴ Com o processo de democratização e a possibilidade de constituição de comissões parlamentares de inquérito (CPI), a função jurídica do Legislativo também ganhou maior destaque.

⁴ Publicações do Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar (Diap, 1988, 1993) como *Quem foi quem na Constituinte* ou *A Cabeça do Congresso* mostraram as votações e posicionamentos dos parlamentares nas diferentes matérias apresentadas na discussão da Constituinte e da Revisão Constitucional e funcionam como veículo de divulgação junto à sociedade civil. O Diap divulga suas publicações, boletins e informações legislativas e parlamentares na internet (www.diap.org.br) e por meio impresso, tendo um canal de comunicação amplo com os sindicatos e as organizações não-governamentais.

POLÍTICAS DE SAÚDE

A CD compõe-se de 'representantes do povo', eleitos, pelo sistema proporcional, em cada Estado, em cada Território e no Distrito Federal,⁵ para uma legislatura de quatro anos. E o SF compõe-se de 'representantes dos Estados e do Distrito Federal', eleitos segundo o princípio majoritário.⁶

Para o exercício de suas funções, as duas 'casas' do CN (CD e SF) se organizam em comissões permanentes e temporárias (Brasil, 1988, art. 58). Na constituição das mesas e comissões é assegurado, tanto quanto possível, a representação proporcional dos partidos ou dos blocos parlamentares, de acordo com as regras que definem os regimentos de cada 'casa'.

Às comissões cabe (Brasil, 1988, art. 58, inciso 2º):

- 1 – discutir e votar projeto de lei que dispense a competência do Plenário;
- 2 – realizar audiências públicas com entidades da sociedade civil;
- 3 – convocar Ministros de Estado para prestar informações sobre assuntos inerentes a suas atribuições;
- 4 – receber petições, reclamações, representações ou queixas de qualquer pessoa contra atos ou omissões das autoridades ou entidades públicas;
- 5 – solicitar depoimento de qualquer autoridade ou cidadão;
- 6 – apreciar programas de obras, planos nacionais, regionais e setoriais de desenvolvimento e sobre eles emitir parecer.

Desta forma, o Legislativo deveria exercer um importante papel na articulação e defesa dos interesses sociais, na construção e consolidação democrática, sustentando politicamente as decisões governamentais, regulando a implementação de políticas e representando os interesses da sociedade.

O processo legislativo compreende a elaboração de emendas constitucionais, leis complementares, leis ordinárias, leis delegadas, medidas provisórias, decretos legislativos e resoluções. Cada tipo de documento apresenta uma função no processo legislativo e expressa, em alguma medida, o padrão de relação estabelecido entre os poderes no sistema político. Assim, existem documentos e tipos de matérias que são prerrogativa apenas do chefe Executivo, como as medidas provisórias, os decretos e as matérias orçamentá-

⁵ O número total de deputados, bem como a representação por Estado e pelo Distrito Federal, é estabelecido por lei complementar, proporcionalmente à população, procedendo-se aos ajustes necessários, no ano anterior às eleições, para que nenhuma daquelas unidades da Federação tenha menos de oito ou mais de setenta deputados (Brasil, 1988, art. 45).

⁶ Cada Estado e o DF elegerão três senadores, com mandato de oito anos. A representação de cada Estado e do DF é renovada de quatro em quatro anos, alternadamente, por um e dois terços (Brasil, 1988, art. 46).

O LEGISLATIVO E A SAÚDE NO BRASIL

rias, configurando uma relação de desigualdade com os demais poderes.⁷ O Quadro 1 busca sintetizar as principais características de cada tipo de documento do Legislativo.

Tipos de documentos	Iniciativa	Processo Legislativo	Características
Emendas constitucionais (EMC)	- No mínimo 1/3 dos membros da Câmara dos Deputados ou do Senado Federal. - Presidente da República. - Mais da metade das Assembléias Legislativas das unidades da Federação, manifestando-se cada uma delas pela maioria relativa de seus membros.	Será submetida a dois turnos de discussão e votação, com interstício de cinco sessões. Será aprovada na Câmara a proposta que obtiver em ambos os turnos 3/5 dos votos dos membros da casa, em votação nominal.	O Poder Legislativo não pode apreciar emenda à Constituição que proponha a abolição da Federação, do voto direto, secreto, universal e periódico, da separação dos poderes e dos direitos e garantias individuais.
Leis ordinárias e complementares	- Qualquer membro ou comissão da Câmara dos Deputados, do Senado Federal ou do Congresso Nacional. - Presidente da República. - Supremo Tribunal Federal e Tribunais Superiores. - Procurador-geral da República. - Cidadãos.	São aprovadas por maioria absoluta.	Dispõe sobre a elaboração, redação, alteração e consolidação das leis. Existem leis que são de iniciativa privativa do presidente da República.
Leis delegadas (LDL)	- Presidente da República.	O presidente da República solicita a delegação ao Congresso Nacional.	Não são objetos de delegação os atos de competência exclusiva do Congresso Nacional, os de competência privativa da Câmara dos Deputados ou do Senado Federal, a matéria reservada à lei complementar, nem a legislação sobre: organização do Poder Judiciário e do Ministério Público, nacionalidade, cidadania, direitos individuais, políticos e eleitorais, planos plurianuais, diretrizes orçamentárias e orçamentos.
Decretos legislativos	Poder Legislativo		Destina-se a regular as matérias de exclusiva competência do Poder Legislativo, sem a sanção do presidente da República.
Decretos	Presidente da República		Compete privativamente ao presidente da República sancionar, promulgar e fazer publicar as leis, bem como expedir decretos e regulamentos para sua fiel execução.
Resoluções	Poder Legislativo		Destina-se a regular, com eficácia de lei ordinária, matéria de competência privativa da Câmara dos Deputados, de caráter político, processual, legislativo ou administrativo, ou quando deva a casa pronunciar-se sobre assuntos constantes do regimento interno da Câmara dos Deputados, sem a sanção presidencial.
Medidas provisórias (MPV)	Presidente da República	Devem ser apreciadas pelo Poder Legislativo dentro de um prazo de 60 dias, só podem ser reeditadas uma única vez, sendo vedada a edição de Ministério Público relativas a um conjunto expressivo de matérias.	O presidente da República poderá adotar medidas provisórias em caso de relevância e urgência devendo submetê-las de imediato ao Congresso Nacional.

Nesse debate, é interessante ressaltar que ocorreu uma mudança significativa de regras do sistema político com a promulgação da Constituição Federal de

⁷ Trata-se dos documentos apresentados no âmbito do poder Legislativo e que têm como característica o poder legal, são legislações do Estado a serem cumpridas. Existem outros tipos de documentos que determinam o desenvolvimento das políticas, como, por exemplo, as portarias e atos administrativos apresentados pelo Executivo. As portarias não têm força de lei, mas são o principal instrumento de regulamentação das ações na administração pública brasileira. Para saber mais sobre as portarias no âmbito da política de saúde no período de 1990 a 2002, ver Baptista (2007).

POLÍTICAS DE SAÚDE

1988 (CF88), quando o CN recuperou poderes subtraídos pelas sucessivas reformas constitucionais impostas pelos governos militares e autoritários, passando a contribuir de maneira mais efetiva para a formulação de políticas públicas.

Dentre as principais conquistas alcançadas na nova Carta estão:

- Redefinição da participação do Congresso no processo orçamentário e no controle das finanças públicas, com possibilidades de emendas ao orçamento e com a nomeação dos membros do Tribunal de Contas da União;
- Revisão de veto presidencial com maioria absoluta e não mais com 2/3 da casa;
- Definição de áreas de competência exclusiva do Legislativo para legislar, como a de radiodifusão e TV;
- Aprovação de projetos de lei das comissões permanentes em caráter definitivo sem a submissão do mesmo ao plenário, permitindo maior agilidade na tramitação de matérias.

No entanto, como herança da era autoritária, a CF88 ainda manteve muitos aspectos concentradores de poder no Executivo, conferindo ao chefe deste poder papel decisivo no processo legislativo. Dentre esses aspectos, estão (Figueiredo & Limongi, 1999: 45):

- Edição de medidas provisórias com força de lei;
- Prerrogativa para solicitar urgência numa votação;
- Monopólio na apresentação de matérias orçamentárias;
- Autorização automática para efetuar gastos à razão de 1/12 ao mês do orçamento enviado, no caso de não-cumprimento dos prazos para aprovação do orçamento;
- Iniciativa privativa de iniciar a legislação em determinadas áreas.⁸

⁸ Artigo 61 da CF 1988 - "São de iniciativa privativa do Presidente da República as leis que: I - fixem ou modifiquem os efetivos das Forças Armadas; II - a) disponham sobre criação de cargos, funções ou empregos públicos na administração direta e autárquica ou aumento de sua remuneração; b) organização administrativa e judiciária, matéria tributária e orçamentária, serviços públicos e pessoal da administração dos Territórios; c) servidores públicos da União e Territórios, seu regime jurídico, provimento de cargos, estabilidade e aposentadoria de civis, reforma e transferência de militares para a inatividade; d) organização do Ministério Público e da Defensoria Pública da União bem como normas gerais para a organização do Ministério Público e da Defensoria Pública dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios; e) criação, estruturação e atribuições dos Ministérios e órgãos da administração pública". No ano de 2001, foi aprovada a Emenda Constitucional n. 32 que modifica o artigo 61, letra e, determinando que o presidente da República tem iniciativa privativa de lei para criação e extinção de ministérios e órgãos da administração pública, e não mais iniciativa privativa na estruturação e atribuição dos mesmos.

O LEGISLATIVO E A SAÚDE NO BRASIL

Além disso, a denominada 'Constituição Cidadã' definiu que o chefe do Executivo tem a prerrogativa de vetar, parcial ou totalmente, as leis aprovadas pelo Legislativo, podendo o veto presidencial ser derrubado por uma maioria absoluta em uma sessão conjunta do Congresso (Amorim Neto, 2004).

Com este arranjo, a CF88 manteve à disposição do presidente da República poderes que lhe possibilitam uma influência incisiva sobre a produção legal, com poder reativo, no caso dos vetos, e poder pró-ativo, no caso da edição de medidas provisórias com força de lei.⁹

Nesse último aspecto, desde 2001, com a edição da emenda constitucional 32 (EC32/01) (Brasil, 2001), deu-se uma inflexão importante nas regras institucionais acerca do poder pró-ativo concedido ao presidente da República. As medidas provisórias (MP) passaram a ter que ser apreciadas pelo Legislativo dentro de um prazo estendido de 60 dias, só podendo ser reeditadas uma única vez, sendo vedada a edição de MPs relativas a um conjunto expressivo de matérias, dentre elas as relativas à nacionalidade, cidadania, direitos políticos, direito penal, organização do Judiciário e do Ministério Público, planos plurianuais, diretrizes orçamentárias, orçamento e créditos adicionais e suplementares. Destaque-se que estes quatro últimos temas foram responsáveis por um quantitativo significativo de MP no período de 1990 a 2001.

Assim, mesmo considerando o inegável avanço da nova Carta para o processo democrático, a CF88 garantiu ao presidente da República uma grande influência na legislação. Em contrapartida, incluiu muitos mecanismos de intervenção no processo legislativo, enfraquecendo-o, seja na sua capacidade de propor matérias de interesse público, seja na sua função regulatória.

De fato, a independência e a harmonia entre os poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, previstas no artigo segundo da Constituição, pressupõem um processo político-institucional maduro, o que, para muitos analistas políticos, ainda está longe de ser alcançado no Brasil. Há sim um longo percurso pela frente e um tempo concreto de maturação da proposta constitucional no âmbito institucional e na práxis política brasileira.

Nossa história está marcada por um Executivo que não só concentra o poder decisório, como relega o Legislativo a uma posição periférica no sistema

⁹ O Executivo editou, até setembro de 2001, 6.109 MPs, uma média de 40 medidas por mês. Ver Limongi e Figueiredo (2003).

POLÍTICAS DE SAÚDE

político. Conforme diagnostica Diniz (1995), o que predomina é uma visão tecnocrática da gestão, conferindo todo o poder ao chamado 'núcleo duro do Estado', formado, em geral, por economistas que vêem a política como um fator perturbador.

Para a autora, uma democracia presidencialista exige um equilíbrio entre os poderes, preservando sua independência, mas também exercendo uma efetiva fiscalização em relação às ações de cada um deles, o que não foi garantido com a CF88.

A análise política também tem destacado que, em democracias novas, como a brasileira, estão presentes e combinados pelo menos dois componentes perversos: um distanciamento entre as normas e a práxis das instituições políticas; e o particularismo – relações não universalistas –, como a patronagem e o nepotismo, os favores, os 'jeitinhos' e a corrupção.¹⁰

Uma questão fundamental para compreensão da forma como se sustenta essa relação um tanto quanto harmoniosa entre Executivo e Legislativo seria, por um lado, o próprio padrão altamente centralizado de organização no Congresso; por outro, a forma de organização do apoio legislativo à agenda executiva em bases partidárias.

Quanto à forma de organização do Congresso, os regimentos internos da CD e do SF conferem amplos poderes aos líderes partidários para agir em nome dos interesses de seus partidos, consagrando um padrão decisório bastante centralizado. O controle exercido pelos líderes partidários sobre a agenda dos trabalhos fornece a base para a estruturação das bancadas, garantindo a disciplina. O Executivo passa a se relacionar diretamente com o Colégio de Líderes, ao qual também interessa, para firmar sua liderança institucional, reduzir as incertezas do conflito político.¹¹

Há que se considerar que o formato das lideranças partidárias deveria inibir a atuação de parlamentares com interesses particularistas e favorecer a maior cooperação e aliança intrapartidária e entre partidos. No entanto, a atuação dos partidos e os jogos políticos que se estabelecem no sistema político

¹⁰ O que também foi apresentado por Nunes (1997) no estudo sobre o padrão político brasileiro.

¹¹ Para qualquer votação na CD, a probabilidade de um parlamentar qualquer votar com a liderança de seu partido é de 0,894. Esses índices são suficientes para tornar previsíveis as decisões do plenário. "Isto é, sabendo-se qual é a posição assumida pelos líderes, podemos prever com acerto o resultado da votação em 93,7% dos casos", relatam Figueiredo e Limongi (1999: 27).

O LEGISLATIVO E A SAÚDE NO BRASIL

brasileiro estão fundados em trocas de favores, o que não tem fortalecido o sistema político no sentido da democracia.

Assim, deve-se considerar a trajetória de articulação entre os poderes. O Executivo brasileiro organiza o apoio à sua agenda legislativa em bases partidárias, em moldes muito similares aos encontrados em regimes parlamentaristas. O presidente da República distribui as pastas ministeriais com o objetivo de obter o apoio da maioria dos legisladores; e os partidos que recebem as pastas são membros do governo e devem se comportar como tal no Congresso, votando a favor das iniciativas patrocinadas pelo Executivo.¹²

O estudo de Abranches aponta para a especificidade do modelo brasileiro no conjunto das democracias, destacando o caráter de presidencialismo imperial aqui desenvolvido, que “além de combinar a proporcionalidade, o multipartidarismo (...) organiza o Executivo com base em grandes coalizões” (1988: 21). Abranches denominou “presidencialismo de coalizão” o caso brasileiro: “um presidencialismo baseado na independência entre os poderes, se não na hegemonia do Executivo, e que organiza o ministério como amplas coalizões” (p. 22).

Segundo o autor, essa forma de organização dos poderes estaria baseada em uma lógica já conhecida da República Velha, sobretudo no que diz respeito à influência dos estados no governo federal, pela via da “política de governadores”, ou seja, mantendo dois tipos de coalizão historicamente constituídos: o regional (estados) e o partidário. Assim, ministérios e cargos são distribuídos em uma lógica proporcional aos interesses regionais e partidários, buscando maior apoio e base governista.¹³

¹² O jornal *O Globo* apresentou, no ano 2000, algumas reportagens denunciando o jogo político de favores entre Executivo e Legislativo. Na reportagem do dia 30 de abril de 2000 (*O Globo*, 2000: 4) foi revelado: “O deputado da base governista vota a favor de projetos de interesse do Governo no Congresso. O secretário-geral da Presidência anota a votação, que se transforma em dívida com o parlamentar. Quando o orçamento chega ao Congresso, o deputado faz sua emenda beneficiando municípios de sua base eleitoral. É a fatura da votação. O governo então libera a verba. O deputado agrada a sua base e é reeleito. Este é o sistema básico do poder de influência do presidente sobre o CN, segundo a tese de doutorado do professor Carlos Pereira – New School University of New York”.

¹³ Uma pesquisa de Loureiro e Abrucio (1999) sobre os critérios que influenciam a escolha dos ministros pelo presidente da República desde a democratização até o final do primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso sugere um peso importante de critérios ‘partidários’ e ‘federativos’ ou ‘regionais’, principalmente na indicação dos titulares das pastas das áreas de infraestrutura e social.

POLÍTICAS DE SAÚDE

Essas são questões fundamentais para avançarmos na especificidade da análise sobre o padrão de relação entre o Executivo e o Legislativo na saúde. Antes, porém, é importante entender quais são os fóruns de discussão da saúde previstos no âmbito do CN.

A saúde no contexto do Poder Legislativo

No CN existem, desde a promulgação da CF88, duas comissões permanentes que tratam mais diretamente da discussão setorial da saúde. Na CD, a Comissão de Seguridade Social e da Família (CSSF), que trata dos assuntos relativos à saúde, previdência e assistência social.¹⁴ No SF, a Comissão de Assuntos Sociais e, de forma mais específica, a subcomissão permanente de promoção, acompanhamento e defesa da saúde (Cassaude).¹⁵ Estas comissões recebem demandas, fiscalizam a execução da política e encaminham projetos de lei relativos à área.

Um importante grupo que ganha institucionalidade no interior do CN na discussão da saúde é a Frente Parlamentar da Saúde (FPS). Fundada no ano de 1993, como uma entidade civil sem fins lucrativos e suprapartidária, com atuação na CD, tem como objetivo atuar de forma coordenada e articulada na discussão da saúde. A FPS esteve paralisada durante um período e foi reinstalada no ano de 2003. Em 2005 contava com a adesão de 237 deputados e 23 senadores.

Durante a década de 1990 e primeira metade dos anos 2000 quatro Comissões Parlamentares de Inquérito (CPIs)¹⁶ trataram de temas atinentes ao setor saúde, como resume o Quadro 2.

¹⁴ www.camara.gov.br/comissoes/permanentes/cssf.

¹⁵ www.senado.gov.br/sf/atividade/Comissoes/comPermanente.asp.

¹⁶ A CPI funciona com prazo determinado e tem por objetivo apurar fatos de relevante interesse para a vida pública e a ordem constitucional, legal, econômica e social do país; tem poder de investigação próprio. No entanto, não cabe a ela julgar, definir culpabilidade ou aplicar punição de qualquer ordem.

O LEGISLATIVO E A SAÚDE NO BRASIL

Quadro 2 – Comissões Parlamentares de Inquérito da Saúde realizadas no período de 1990 a 2005

CPI	Proponente	Ano	Objetivo	Resultados
Esterilização cirúrgica	Benedita da Silva (PT-RJ)	1992	Apurar a situação de esterilização cirúrgica no Brasil	Relatório sobre a situação e apresentação de um projeto de lei como proposta para regulamentar o planejamento familiar. O projeto foi aprovado em 1996 (lei 9.263) após quatro anos e oito meses de tramitação.
Mortalidade materna	Fátima Pelaes (PSDB-AP)	1996	Investigar a incidência da mortalidade materna no Brasil	Diagnóstico da situação no Brasil. Análise das normas, procedimentos e políticas envolvendo a saúde da mulher. Identificação de práticas de combate à mortalidade materna nas diferentes regiões do país e apresentação de subsídios e contribuições para a revisão da política do setor saúde para esta área.
Medicamentos	Nelson Marchezan (PSDB)	1999	Investigar denúncias relativas às seguintes práticas: aumentos constantes e excessivos de preços de medicamentos; acordos realizados por laboratórios para impor preços; falsificação de vários tipos de remédios.	Diagnóstico sobre os problemas relacionados, direta e indiretamente, ao preço, qualidade e segurança dos medicamentos, atenção e assistência farmacêutica. Apresentação de alguns projetos de lei. Recomendações para nortear as políticas públicas. Encaminhamento ao Poder Executivo, ao Ministério Público, à Polícia Federal, à Secretaria da Receita Federal e ao Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade), a fim de serem tomadas as providências cabíveis, seja em termos de apuração de responsabilidades, seja em termos de formulação de políticas.
Planos de saúde	Henrique Fontana (PT-RS)	2003	Investigar denúncias de usuários e reclamações junto ao Instituto de Defesa do Consumidor (Idec).	Indiciamento de um presidente de empresa, bem como encaminhamentos ao Ministério Público, pela suspeita da prática de má gestão, desvio de recursos e outros ilícitos, em outros casos. Apresentação de dois Projetos de Lei. Apresentação de indicação ao Executivo, sugerindo que sejam encaminhados ao Congresso Nacional Projetos de lei, cuja iniciativa é privativa do Presidente da República.

O processo de discussão e investigação dessas CPIs contribuiu para o desenvolvimento de propostas políticas para o setor, seja pela investigação e mobilização social e política de cada temática, seja pelos resultados e proposições finais do debate, com encaminhamentos precisos de legislação complementar. Nesse sentido, a CPI configura-se como um importante instrumento de pressão política e social, tendo sido utilizada como recurso em temas bastante caros ao sistema de saúde brasileiro – a política de saúde da mulher (mortalidade materna e esterilização) e o segmento privado na saúde (medicamentos e planos). Contudo, ainda sabe-se pouco sobre esse processo, sendo

POLÍTICAS DE SAÚDE

necessário desenvolver um estudo específico sobre o papel e a dinâmica de funcionamento das CPI da saúde.¹⁷

Com esse quadro geral (Figura 2) tem-se um conjunto de possíveis entradas e formas de interlocução com o Legislativo para o encaminhamento de propostas políticas e demandas de saúde. Sabe-se que a relação é mediada pelos interesses de diversos grupos: sociedade civil organizada, parlamentares, Poder Executivo (gestores das três esferas), *lobbies* das indústrias de equipamentos e de medicamentos, dos prestadores de serviço da saúde, das corporações profissionais, dos planos e seguros de saúde, dentre outros. As regras do jogo estão explicitadas nos regimentos institucionais da Câmara (Brasil, 2000) e do Senado (Brasil, 1999), mas os bastidores do processo de negociação da política não.

Figura 2 – As Comissões de Saúde no Congresso Nacional pós-88 e a relação com os demais poderes, sociedade civil e grupos de interesse



OBS: Apesar do destaque para os grupos de interesse no boxe que trata a sociedade civil, a atuação de interesses também se exerce no interior dos poderes e na relação entre eles.

Assim, o que explica a aprovação de um projeto de lei em um mês quando outro projeto tramita doze anos? O que garante a implementação de uma lei ou o que faz uma lei nunca ser implementada? Autores que trabalham com a análise do processo decisório ressaltam a importância de considerar os diferentes momentos de construção de uma política constatando que existe um longo

¹⁷ O único trabalho realizado nesse sentido foi o de Garcia (2003) sobre a CPI dos planos de saúde.

O LEGISLATIVO E A SAÚDE NO BRASIL

percurso desde a apresentação de uma demanda, sua incorporação como problema até a implementação (Hogwood & Gun, 1984; Walt, 1994). Nesse sentido, há todo um jogo de forças e poder no processo político que se apresenta no âmbito do Legislativo e também fora dele que precisa ser explorado, de modo que se possa compreender melhor as opções políticas processadas.

Nas próximas seções, como um exercício de análise acerca da inserção da saúde no debate Legislativo, abordaremos o processo político que possibilitou a definição do texto da saúde na Carta Constitucional de 1988 e a construção de leis específicas desta área no período de 1990 a 2004.

A Formulação da Proposta da Seguridade Social e o Direito Universal à Saúde

O Poder Legislativo foi um importante aliado no contexto da Reforma Sanitária brasileira. Ao final dos anos 70 as discussões reformistas no setor passaram a ocupar espaço na esfera estatal de discussão, bem como no âmbito parlamentar.

Em 1979, o Ministério da Saúde convocou a VII Conferência Nacional de Saúde (VII CNS), que viria a ser realizada no ano de 1980, e iniciou o debate em torno à configuração de um sistema abrangente e universal de saúde. No Legislativo, as discussões para a reforma política do Estado ganhavam expressão, e os parlamentares pressionavam para um debate mais comprometido com a abertura democrática. No mesmo ano foi realizado o 'I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados' onde se ampliou a base de apoio ao movimento de reforma do setor saúde.

No simpósio os principais tópicos de discussão da agenda reformista da saúde foram apresentados: a descentralização, a regionalização, a relação público-privado, a universalização, a integração, a unificação e a hierarquização. Como resultado final foi apresentado o documento "A questão democrática da saúde", formulado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes),¹⁸ incitando a luta política pela Reforma Sanitária. A discussão ideológica da Reforma do setor saúde começava a ganhar institucionalidade política.

¹⁸ O Cebes foi criado em 1976 e produziu desde o primeiro ano a revista *Saúde em Debate*, um importante veículo divulgador da plataforma de luta e um canal de debates do movimento sanitário (Escorel, Nascimento & Edler, 2005).

POLÍTICAS DE SAÚDE

Durante a década de 1980, especialmente a partir de 1985, no cenário do processo de redemocratização e com a base de um governo de aliança democrática (Governo Tancredo-Sarney), configura-se um quadro ainda mais favorável ao processo de Reforma Sanitária. Os representantes do 'movimento sanitário' passam a ocupar cargos-chave no governo federal: Ministério da Saúde, Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Com isso, tais representantes formaram um bloco pró-reforma de grande consistência no interior do governo.

Os reformistas, no interior do aparelho de Estado e articulados ao Legislativo, pressionavam por todos os lados na construção de políticas mais abrangentes. Durante os primeiros anos da década de 1980 algumas iniciativas já haviam conquistado espaço para o projeto universalista da saúde, como as ações integradas de saúde (AIS), mas é a partir de 1985 que as iniciativas se expandem.

Entre os reformistas havia um consenso em torno da proposta do direito universal e igualitário à saúde, mas existiam conflitos no que tange à operacionalização da política, em especial em relação ao processo de descentralização. De um lado, os reformistas que lideravam o processo a partir do Ministério da Saúde, com a defesa de uma reforma imediata da política de saúde e a organização de um novo ministério, que passaria a incluir desde as ações de saúde exercidas pelo Inamps e Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) até as ações constantes do Ministério da Saúde. De outro, os reformistas que lideravam o processo via Inamps, propondo a unificação e descentralização de forma gradual, considerando as fortes resistências implantadas no interior do MPAS.¹⁹

As propostas desses grupos passaram por um ampliado processo de negociação no âmbito do Estado nos primeiros anos da Nova República. Alguns fóruns de discussão foram importantes: a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e as comissões de trabalho pré-constituintes, em específico a Comissão Nacional da Reforma Sanitária e a Comissão de Reforma da Previdência Social – 1986-1987.

O relatório da VIII CNS e os documentos produzidos pelas comissões de trabalho serviram como referência nas discussões da Assembléia Nacional Cons-

¹⁹ Essa discussão é muito bem desenvolvida nos trabalhos de Faria (1997).

O LEGISLATIVO E A SAÚDE NO BRASIL

tituinte de 1987-1988. A proposta da seguridade social surgiu esboçada no documento da Comissão de Reforma da Previdência Social, e representava, nesse momento, um projeto idealizado por um pequeno grupo de reformistas no interior da previdência social, enfrentando resistências de outros setores do MPAS, dos trabalhadores e aposentados, além de não se apresentar como um modelo sedutor para os grupos reformistas que advinham da saúde.

Apesar do baixo consenso que reunia a proposta da seguridade social, foi esse o projeto político de Estado firmado na CF88.²⁰ Os pactos que possibilitaram o acordo em torno da seguridade revelaram dúvidas quanto à vitória desse projeto, pois, foi no contexto de rearticulação política do governo da Nova República,²¹ a partir de uma manobra do Centrão na Constituinte e com o apoio dos principais grupos conservadores, que a proposta da seguridade foi encaminhada e aprovada no texto constitucional.

O documento final apresentou um capítulo para a saúde que manteve a estrutura de um texto abrangente e sem definições precisas, sofrendo alterações nas poucas partes que continham estratégias para a operacionalização da reforma. As novas negociações envolveram a redefinição de algumas propostas do texto da saúde, como: a participação da iniciativa privada como forma complementar ao SUS, a não-definição de um percentual de recursos para a saúde, a não-explicação dos mecanismos de viabilização da descentralização e de unificação do sistema, dentre outras. Os acordos possibilitaram, ainda, a manutenção dos princípios básicos do sistema proposto: a universalização, a integração, a unificação, a descentralização e a participação social. Desenhava-se um grande consenso que não definia, no entanto, pactos substantivos, o que acabou por criar uma situação de total instabilidade para o setor saúde e suas propostas reformistas.

O jogo de negociação política neste período apontava um conflito explícito entre os grupos de interesse relacionados com os setores saúde e

²⁰ O debate constituinte e a definição da proposta da seguridade social foram analisados por Faria (1997) e Baptista (1998).

²¹ A Aliança Democrática, que dava sustentação ao projeto político da Nova República, revelava sinais de ruptura no ano de 1987. No ano de 1988 a base política institucional do governo sofreu mudanças, e na Constituinte houve uma articulação dos grupos mais conservadores (constituiu-se o Centrão) para mudar o rumo das políticas que estavam sendo desenhadas. Todo esse movimento levou à composição de pactos mais ampliados para as políticas e alianças entre grupos que em um primeiro momento não negociavam, como a aliança entre o Centrão e os grupos reformistas da saúde.

POLÍTICAS DE SAÚDE

previdenciário, e um consenso tático levou à configuração da seguridade social, mas não à formação de uma base política de sustentação para a proposta. A contra-estratégia do consenso, para resistir na luta de interesses na qual os conservadores se impunham, escondeu todos os dissensos da discussão reformista. Assim, os grupos políticos, de uma ou outra facção, apostaram na luta política que estava por vir e na capacidade de negociação de seus quadros no momento seguinte à aprovação do texto constitucional.

Assim, a proposta da seguridade não fazia parte de um consenso ideológico, mas de um consenso estratégico para a sustentação da política social e da política de saúde. A seguridade social acabou incorporada como proposta final e foi incluída na discussão da saúde.²² Por fim, a proposta exigia um esforço posterior de composição de uma estrutura que organizasse e relacionasse os interesses dos três setores – saúde, previdência e assistência; previa a constituição de um orçamento social único, que deveria repartir, conforme critérios negociados, os recursos para os três setores; e comprometia o Estado na definição de bases de custeio e incentivos para a política social. Em face de uma situação de baixo consenso entre aqueles que advogavam a reforma, havia uma grande incerteza na construção dessa política.

Com o olhar analítico sobre o processo político, identificamos este como o momento de entrada do tema 'saúde' na agenda política do Estado, em um contexto de oportunidade bastante específico quando prevalece a discussão do processo de democratização social e do resgate da cidadania.²³ Deste contexto emerge a formulação de uma proposta política com princípios e diretrizes gerais que buscam afirmar o direito à saúde e o dever do Estado. O próximo momento configura-se como aquele de implementação, no qual se tem o desafio de operacionalizar o modelo sugerido e enfrentar os conflitos inerentes à proposta.

²² Sobre a seguridade social no Brasil, ver Monnerat e Sena, texto "A seguridade social brasileira: dilemas e desafios", no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

²³ Sobre a redemocratização e as políticas de saúde no Brasil, ver Braga, texto "A sociedade civil e as políticas de saúde no Brasil dos anos 80 à primeira década do século XXI", no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

Da Consolidação do Sistema Único de Saúde ao Encaminhamento de Novas Políticas

Um dos acordos firmados na Assembléia Constituinte foi que toda a legislação complementar à Constituição deveria ser regulamentada no período de seis meses, contados a partir da promulgação da Carta, o que não foi cumprido em face da situação do ano eleitoral (1989) e da expectativa/incerteza quanto ao novo arranjo político. As mudanças nas regras do jogo redefinidas na CF88 não foram capazes de transformar o padrão de relação historicamente estabelecido entre os poderes. A expectativa envolvia a negociação de cargos, troca de favores e acordos políticos no novo governo.

No que tange à negociação da política de saúde, o ano de 1989 foi atípico, pois, apesar das resistências apontadas, foi apresentada ao CN uma mensagem presidencial solicitando o encaminhamento da Lei Orgânica da Saúde (LOS). O movimento reformista e os dirigentes do Ministério da Saúde exerciam forte pressão no sentido da sua aprovação. Contudo, as resistências foram ainda maiores, e o projeto de lei acabou arquivado, só retomando a arena de discussão legislativa com a posse do novo presidente (Fernando Collor). Outro projeto de lei da área da saúde apresentado nesse ano e que refletia o momento de reforma era o projeto Paulo Delgado que tratava da reforma psiquiátrica e da progressiva extinção dos manicômios.

Do período de 1990 a 2004 é possível identificar, a partir da legislação de saúde aprovada e da análise da trajetória da política de saúde, algumas inflexões no processo de implementação da política e no padrão de relação Executivo-Legislativo na saúde. Destacam-se pelo menos cinco grandes momentos. O primeiro de definição da base institucional do SUS (1990-1994); o segundo de expansão de políticas técnicas e políticas específicas de saúde (1995-1997); o terceiro de regulação do mercado em saúde, definição de algumas políticas específicas e ampliação, no final do período, de ações específicas de saúde (1998-2002); e o quarto de retorno das políticas específicas diretamente atreladas a um projeto do governo federal (2003-2004).

Tais momentos foram definidos com o intuito de buscar relações entre a política de Estado para a saúde e o encaminhamento de leis no Legislativo. Outros recortes podem ser elaborados e novas análises propostas, mas que não serão abordados neste trabalho.

POLÍTICAS DE SAÚDE

Configuração da Base Institucional do Sistema Único de Saúde

Os anos Collor (1990-1992) foram críticos para o desenvolvimento da Reforma Sanitária, e o Legislativo exerceu um papel importante na interlocução com os grupos reformistas garantindo a regulamentação da base institucional do SUS.

Contudo, a aprovação da LOS refletiu pelo menos dois aspectos contraditórios do processo de Reforma. Primeiro, a LOS foi encaminhada de forma independente da discussão da seguridade social. Ou seja, ao invés da formulação de uma Lei Orgânica da Seguridade Social (Loss) com a definição das especificidades de cada área (saúde, previdência e assistência), a opção política foi de leis diferenciadas. Em 1990 foi aprovada a LOS; em 1991, a Loss (com o foco na previdência social); e em 1993, a Lei Orgânica da Assistência Social (Loas). Nenhuma das leis estabeleceu conexões entre si ou afirmou a preocupação com a conformação de uma base para a política de proteção social idealizada no texto constitucional.

Tal processo foi resultado, por um lado, de um rearranjo de forças no interior do governo Collor, no qual a política social não ocupou lugar central e a proposta da seguridade social foi inviabilizada;²⁴ e por outro, de uma revisão dos pactos estabelecidos entre os grupos reformistas, com o reposicionamento dos reformistas da saúde na luta pelo sistema universal, integral, descentralizado e participativo e independente da seguridade social.

Um segundo aspecto contraditório refere-se à aprovação da LOS com um quantitativo significativo de vetos (no total de 25 vetos, entre artigos e incisos) do presidente da República. Os vetos incidiram sobre questões de extrema importância para o encaminhamento da política, dentre eles os artigos que versavam sobre o exercício da participação popular e os mecanismos para transferência regular e automática dos recursos. A articulação dos grupos reformistas com o Legislativo possibilitou o arranjo de uma nova lei recuperando alguns aspectos do projeto original (Lei 8.142 – Brasil, 1990b), especialmente no que tange à participação popular. Contudo, na questão dos recursos (repasses e contrapartidas financeiras), a lei ficou res-

²⁴ Basta dizer que uma das primeiras ações do governo Collor nessa área foi a aprovação da lei 8.028 (abril de 1990) determinando a (re)vinculação do Ministério da Previdência e Assistência Social ao Ministério do Trabalho, desfigurando a proposta da seguridade social. Ver também Carbone (1994).

O LEGISLATIVO E A SAÚDE NO BRASIL

trita às determinações de regras para o recebimento dos recursos, apontando para uma nova regulamentação.

O financiamento já havia sido um tema crítico na discussão da constituinte e novamente ficava em aberto na legislação complementar. Muitos outros temas não foram resgatados na nova lei, especialmente aqueles que já reuniam baixo consenso entre os reformistas, como, por exemplo, a isonomia salarial, a integração institucional MS-Inamps e a definição de um percentual de recursos da seguridade para a saúde.

Na análise do processo de formulação da LOS é possível destacar um aspecto importante da relação entre o Executivo e o Legislativo no Brasil. Na negociação, a Presidência da República se impôs como personagem principal na intermediação de interesses da saúde, tornando o debate técnico e jurídico, desqualificando as propostas de Reforma Sanitária diante de argumentos da administração pública, criando impasses à lei de modo a resguardar os interesses do projeto político do governo em questão.²⁵ Com essa estratégia, a Presidência redefiniu os termos do pacto da seguridade social e pautou as regras para a organização do sistema, sem atrelá-las à discussão reformista. Assim, desconsiderou o processo político em construção e travou um diálogo técnico com o Legislativo, questionando aspectos-chave da lei.

Desta forma, a legislação aprovada foi insuficiente para garantir a implementação da política de saúde tal como engendrada na CF88, e o Executivo federal somou poder para a condução da política sem necessariamente estar amarrado ao projeto reformista, estando este à sorte de novos governos e gestões ministeriais.

No contexto do Ministério da Saúde, após a edição da lei, foi apresentado um elenco significativo de atos normativos que visavam fixar as diretrizes da política de financiamento e que reforçavam uma postura de centralização dos recursos na esfera federal, dentre eles a Norma Operacional Básica de 1991 (NOB91).

O governo Collor finaliza seu mandato no final do ano de 1992, após o processo de *impeachment*, tendo assumido a Presidência o então vice Itamar Franco. Os quadros ministeriais são renovados e há uma retomada dos cargos

²⁵ A revista *Saúde em Debate* do Cebes foi um importante veículo de divulgação e discussão sobre os vetos. Ver em especial o número 30, para conhecer a exposição de motivos do presidente e as críticas dos reformistas, e os números 21, 23 e 24 com subsídios à discussão da lei.

POLÍTICAS DE SAÚDE

da saúde por representantes do 'movimento sanitário', configurando um novo momento na condução da política nacional. O debate sobre a descentralização é recolocado, e uma nova Norma (NOB93) é aprovada com o intuito de eliminar a forma de pagamento por produção, reforçada com a NOB91, e de recuperar a trajetória de reforma prevista na LOS.

As propostas da NOB93 esbarraram em dificuldades para o repasse automático de recursos. Apenas em agosto de 1994 foi editado pelo Executivo e aprovado pelo Legislativo o decreto 1.232, que possibilitava a transferência automática de recursos. Tal demora na aprovação dos mecanismos de regulação para a transferência de recursos acabou por retardar o processo de descentralização previsto, encontrando um novo cenário político de negociação a partir de 1995.

No âmbito do Congresso, tramitavam projetos de lei que expressam a efervescência do debate da saúde durante o período – saúde mental, planejamento familiar (como resultado da CPI da esterilização cirúrgica), infecção hospitalar, fumíferos, genéricos e drogas. No ano de 1993 é apresentada uma proposta de emenda constitucional (PEC169) buscando resgatar a discussão sobre o financiamento da saúde e a definição de critérios mais previsíveis de recursos para o setor.

Em síntese, no período de 1990 a 1994, define-se a base institucional do SUS (Quadro 3), configurando um momento de afirmação da política de saúde mesmo diante das dificuldades para a aprovação da LOS. As leis aprovadas no período foram na sua totalidade de autoria do Executivo.²⁶ Destaque-se o fato de que a lei 8.080 (Brasil, 1990a), apesar de aprovada em 1990, foi formulada no contexto do governo anterior (Sarney – gestão de Seigo Tzuki no Ministério da Saúde), e apresentou-se comprometida com a Reforma. As leis aprovadas a partir de 1993 também foram apresentadas no contexto de um novo governo (com Itamar na Presidência e gestão de Jamil Haddad no Ministério da Saúde), refletindo as propostas de retomada da Reforma pelo Ministério da Saúde.

É importante ressaltar o papel do Legislativo nesse período na negociação das leis apresentadas pelo Executivo, em especial nos anos Collor. No caso, em específico, da lei 8.080, o Legislativo atuou como intermediador dos interesses apresentados pelo 'movimento reformista' e pautou a discussão para a

²⁶ Tanto a lei 8.080 como a lei 8.142 foram apresentadas ao CN por meio de uma mensagem presidencial e depois transformadas em projeto de lei pelo Legislativo.

O LEGISLATIVO E A SAÚDE NO BRASIL

elaboração de uma lei complementar (lei 8.142 – Brasil, 1990b) resgatando aspectos-chave do projeto inicial.

É interessante verificar que nesses anos não houve a aprovação de qualquer lei de autoria do Legislativo, denotando também uma característica do processo decisório no Brasil, onde predominam as proposições de autoria do Executivo em relação aos demais poderes. Historicamente os projetos apresentados pelo Legislativo tendem a ter um processo de negociação mais amplo e de discussão mais lento, enquanto as propostas do Executivo perpassam agendas e muitas vezes são discutidos em regime de urgência, como as medidas provisórias e decretos. Nos anos de 1990 a 1994 foram aprovadas 28 medidas provisórias e 154 decretos, muitos deles com intervenção direta na condução da política de saúde, como os decretos que adiaram a realização da IX Conferência Nacional de Saúde ou que definiram mudanças na estrutura do Ministério e regimento do Conselho Nacional de Saúde.

Quadro 3 – Produção legislativa em saúde

Base institucional do SUS – 1990-1994			
Documentos	Ano	Autoria	Tempo de tramitação
Lei 8.080 – Lei Orgânica da Saúde	1990	Executivo	390 dias
Lei 8.142 – Lei complementar	1990	Executivo	5 dias
Lei 8.212 – Lei da Seguridade Social	1991	Executivo	21 dias
Lei 8.246 – Instituição da Associação Pioneiras Sociais	1991	Executivo	117 dias
Lei 8.689 – Extinção do Inamps	1993	Executivo	90 dias

Obs: Outras leis, que indiretamente versavam sobre a saúde, foram aprovadas no período (ao todo 26). No quadro constam apenas aquelas que tratam especificamente da discussão da saúde, com exceção da lei 8.212 que define a LOS da seguridade social.

Legislação técnica e políticas específicas

O momento seguinte (1995-1997) à regulamentação da base institucional é de expressão das políticas técnicas e políticas específicas²⁷ no âmbito do

²⁷ A denominação 'política técnica' e 'política específica' objetiva clarear a diferença de ênfase na configuração de uma proposta política. Uma política técnica configura-se a partir de argumentos técnicos bem fundados e irrefutáveis, nos quais as ações estão definidas e os resultados são previsíveis, mas não necessariamente se ampara em um conjunto de argumentos políticos ou configura uma área de especificidade na saúde. Já uma política específica expressa um conjunto de argumentos técnicos, teóricos, normativos e culturais em torno de uma área específica da saúde, abrangendo suas diversas dimensões e possibilidades. É definida em um espaço-tempo singular (caráter político) e guarda certa especificidade no contexto da política de saúde (caráter específico).

POLÍTICAS DE SAÚDE

Legislativo. Os primeiros dois anos do governo FHC, na gestão Adib Jatene, também foram anos de retomada da condução, pelo Ministério da Saúde, de um projeto técnico para a Reforma e de desenvolvimento de áreas de atenção à saúde que já iniciavam sua trajetória de constituição no governo anterior, como a Aids.

A reforma técnica significava o enfrentamento dos dilemas na operacionalização do SUS com respostas efetivas e planejadas de saúde, buscando inicialmente um diagnóstico preciso dos problemas e a maior qualificação dos gestores. A estratégia de governo para a constituição de uma base para a Reforma Sanitária foi o traçado de três políticas:

- a elaboração de uma nova Norma (NOB96) como uma estratégia para a descentralização e a reorientação do modelo assistencial (com a definição de prioridade na atenção básica e incentivos à implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família);
- a formulação e contratação do Projeto de Reforço à Reorganização do SUS (Reforsus), com a perspectiva de recuperação e adequação da capacidade operativa da rede;
- a revisão da lógica e dos valores das tabelas dos Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Sistema de Informação Ambulatorial (SAI), com o objetivo de unificar a segmentação por tipo de assistência, reverter o padrão de iniquidade na alocação dos recursos assistenciais e avançar na integralidade da atenção à saúde.

No âmbito do Legislativo, o Ministério da Saúde logrou sucesso em três leis que tinham como principal argumento a questão técnica: a lei da iodinação do sal; a lei disciplinando a extração, utilização, comercialização e transporte do asbesto/amianto; e a lei sobre as restrições ao uso e propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcóolicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas.

O estilo de condução do Ministério da Saúde nos anos Jatene (1995-1996) se expressou no Legislativo não só por meio das leis de caráter técnico aprovadas, mas, especialmente, pelas leis que definiram políticas para áreas específicas e pelo debate que travou na definição de fontes de recursos estáveis e suficientes para a saúde, de onde surgiu a proposta da vinculação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) para a saúde. Na

O LEGISLATIVO E A SAÚDE NO BRASIL

discussão de políticas específicas, duas leis merecem destaque: a lei de medicamentos para a Aids e a lei do planejamento familiar.

A lei da Aids contou com uma estreita articulação do movimento social com o Ministério da Saúde e deste com o Legislativo, possibilitando uma tramitação mais ágil do projeto no âmbito do Congresso (um pouco mais de quatro meses) e sua imediata implementação no Executivo. Nesse período já se avançava na política de DST/Aids por conta dos incentivos do projeto Aids I, com financiamento do Banco Interamericano de Recursos para o Desenvolvimento (Bird) e dos recursos do Ministério para assistência a esse grupo, com uma base institucional que teve início em 1991.

No caso da lei do planejamento familiar, apesar da estreita articulação do movimento das mulheres com o Legislativo e com o Ministério da Saúde, a tramitação do projeto foi longa (1700 dias). A incorporação da proposta nas ações do ministério foi parcial, restringindo-se bem mais a regular o processo de esterilização do que a construir uma política ampliada de planejamento familiar. Diferente da política de Aids, que constituía sua institucionalidade nos anos 90, a política da mulher contava com uma trajetória mais antiga no Ministério da Saúde e enfrentava embates na configuração de um novo modelo no contexto da reforma do sistema. Esses dois exemplos revelam a complexidade do processo político e os diferentes condicionantes que se apresentam na negociação de uma política, exigindo um estudo minucioso com vistas à sua compreensão.

Já o debate em torno da CPMF expressou uma outra face do momento político e uma maior clareza acerca da inserção da saúde no âmbito do projeto de governo federal, revelando conflitos de interesse entre o Ministério da Saúde e a Presidência da República nesse período. De um lado, tinha-se o projeto político-econômico de ajuste (Fiori, 1997), que levaria à contenção de gastos e restrição orçamentária; de outro, o projeto de reforma do setor saúde e de configuração de uma política de proteção social, que exigiria o aumento real de recursos públicos.

Ao final do ano de 1996, após longo processo de discussão para a aprovação da lei, o ministro Jatene é destituído do cargo e inicia-se um novo momento da política de saúde, sob a gestão do médico Carlos Albuquerque e a secretaria-executiva do economista Barjas Negri.

POLÍTICAS DE SAÚDE

O ano de 1997, intitulado 'ano da saúde', não processou mudanças significativas na condução da política de saúde ou na relação com o Legislativo, mas produziu mudanças importantes na organização do cenário político-institucional do ministério. Nesse sentido, foi definida uma mudança da estrutura ministerial (decreto 2.284/1997) e redefinido o papel das secretarias do ministério, configurando uma fragmentação do processo decisório.

É importante ressaltar que no ano de 1997 a reforma administrativa do Estado, proposta pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare), estava em curso, tendo como principal argumento a redução das funções do Estado e a revisão das modalidades de gerência dos equipamentos públicos, visando ao aumento da eficiência. Outro aspecto muito enfatizado era a questão de recursos humanos, preconizando-se a flexibilização das relações de trabalho e a adoção de formas diversificadas de contratação nos serviços públicos (Machado, 1999).

Nesse sentido, é curioso verificar que no ano de 1997 há um aumento significativo no número de MPs aprovadas, 41 ao todo, quando a média dos últimos anos vinha sendo de 10 a 15, com assuntos relativos à estruturação do governo. As MPs trataram de questões relativas à organização da presidência e ministérios, criação do Programa Nacional de Publicização, alteração na lei 8.212 (seguridade social) e outras relativas a créditos adicionais para as pastas ministeriais.

Em comparação ao período anterior (1990-1994), há um aumento no quantitativo de leis aprovadas de autoria do Legislativo e que expressam, em boa parte, interesses de movimentos sociais (Quadro 4). Há também uma participação do Executivo no processo de formulação de algumas leis propostas pelo Legislativo, como no caso da Aids, da propaganda do fumo e da iodação do sal. Ressalte-se que o tempo de tramitação das leis de autoria do Executivo, ou que contaram com a sua participação, é bem mais acelerado que o tempo de tramitação das leis de autoria do Legislativo, com exceções daquelas onde o interesse dos setores externos à saúde é mais atuante. Tal quadro configura uma forma de relação também bastante característica dos poderes, onde o Executivo atua como o principal interlocutor das demandas.

O LEGISLATIVO E A SAÚDE NO BRASIL

Quadro 4 – Produção legislativa em saúde

Políticas técnicas e políticas específicas de saúde – 1995-1997			
Documentos	Ano	Autoria	Tempo de tramitação
Lei 9.005 – Obriga a iodação do sal	1995	Comissão mista	7 dias
Lei 9.055 – Disciplina uso do Asbeto/amianto	1995	Legislativo	695 dias
Lei 9.313 – Define a distribuição de medicamentos para aids	1996	Legislativo	90 dias
Lei 9.263 – Define o planejamento familiar	1996	Legislativo	1700 dias
Lei 9.294 – Regula uso e propanganda de produtos fumíferos, álcool, medicamentos e outros	1996	Legislativo	2430 dias
Lei 9.311 – Institui a CPMF	1996	Executivo	60 dias
Lei 9.431 – Dispõe sobre o Programa de controle das Infecções hospitalares	1997	Legislativo	2035 dias
Lei 9.434 – Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano	1997	Legislativo	730 dias
Lei 9.436 – Dispõe sobre a jornada de trabalho médico	1997	Executivo	581 dias

Obs: Foram aprovadas 25 leis no período, 71 medidas provisórias e 94 decretos.

Da Regulação do Mercado em Saúde à Ações Específicas

Um novo momento político se configura a partir de 1998, com a entrada do economista José Serra na direção do Ministério da Saúde.

A tônica dos anos 1998-2002 é de garantia de recursos estáveis e regulares para a saúde, acompanhada de maior rigor no combate às fraudes e controle na aplicação dos recursos. As políticas desenvolvidas indicam a conformação de pelo menos dois momentos diferenciados na forma de condução do processo político. O primeiro se desenvolveu durante os anos de 1998 a 2000, quando prevaleceu a implementação dos dispositivos normativos contidos na NOB96 e o fortalecimento da política de atenção básica; o segundo, entre 2001 e 2002, quando a ênfase se deslocou para a composição da estratégia de regionalização da assistência à saúde no contexto das mudanças normativas apresentadas com a Norma Operacional da Assistência à Saúde 2001 (Noas).

No Legislativo, a mudança de cenário se expressa, em um primeiro momento (1998-2000), na aprovação de leis que buscam regular o mercado em saúde e, num segundo momento (2001-2002), na configuração de leis que tratam de ações específicas de saúde e que até então eram apenas reguladas pelo Executivo (Quadro 5).

POLÍTICAS DE SAÚDE

Quadro 5 – Produção legislativa em saúde

Regulação do mercado em saúde e definição de políticas específicas – 1998-2000			
Documentos	Ano	Autoria	Tempo de tramitação
Lei 9.656 – Regula os planos e seguros privados de saúde	1998	Legislativo	1760 dias
Lei 9.836 – Regula o subsistema de saúde indígena	1999	Legislativo	1945 dias
Lei 9.797 – Obriga a cirurgia plástica reparadora de mama no SUS	1999	Legislativo	545 dias
Lei 9.787 – Estabelece os medicamentos genéricos	1999	Legislativo	2615 dias
EMC 29 – Assegura recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços de saúde	2000	Legislativo	2765 dias
Lei 9.782 – Define o Sistema de Vigilância Sanitária e cria a Anvisa	1999	Executivo	15 dias
Lei 9.961 – Cria a ANS	2000	Executivo	22 dias
Definição de ações específicas – 2001-2002			
Documentos	Ano	Autoria	Tempo de tramitação
Lei 10.289 – Estabelece o Programa de Controle do Próstata	2001	Legislativo	1490 dias
Lei 10.216 – Redireciona o modelo em saúde mental	2001	Legislativo	4380 dias
Lei 10.223 – Obriga a cirurgia reparadora de mama nos planos de saúde	2001	Legislativo	350 dias
Lei 10.273 – Define inserção da mensagem 'sexo seguro' nas fitas de vídeo	2001	Legislativo	2404 dias
Lei 10.424 – Regulamenta a assistência domiciliar no SUS	2002	Legislativo	1095 dias
Lei 10.439 – Define o dia do combate à hipertensão arterial	2002	Legislativo	1095 dias
Lei 10.449 – Dispõe sobre o comércio de preservativos	2002	Legislativo	1155 dias
Lei 10.456 – Define o dia do combate ao Glaucoma	2002	Legislativo	605 dias
Lei 10.465 – Define o Dia da Saúde Bucal	2002	Legislativo	730 dias
Lei 10.507 – Cria a profissão de agentes comunitários de saúde	2002	Executivo	162 dias
Lei 10.516 – Institui a carteira nacional de saúde da mulher	2002	Legislativo	2645 dias

Obs: Foram aprovadas 63 leis no período, 167 medidas provisórias e 102 decretos.

No primeiro período (1998-2000) ocorreu um avanço na complementação jurídico-institucional de pontos em aberto desde a CF88, como na questão dos planos privados de saúde e do sistema nacional de vigilância sanitária. A criação de agências reguladoras autônomas – Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – reforçou também uma estratégia de regulação do mercado prevista pelo governo federal e introduziu no debate do setor uma mudança de foco: da questão do direito à saúde para a questão do direito do consumidor.

Assim, se, de um lado, a criação das agências reguladoras abriu canais de comunicação com o cidadão, num cenário de grande abuso das seguradoras e planos de saúde, possibilitando a constituição de mecanismos

O LEGISLATIVO E A SAÚDE NO BRASIL

legais para a exigência de seus direitos; de outro, enfraqueceu uma postura proativa da população na cobrança do direito à saúde e de controle do Estado.

Outra consequência de todo o processo foi a segmentação da função de controle e regulação no âmbito federal, constituindo órgãos independentes e autônomos ao Ministério da Saúde para o controle do setor privado.

No caso dos planos de saúde, a constituição de uma agência autônoma significou a definição de princípios próprios/particulares para esse setor que não se assemelhavam em nada aos princípios enunciados no SUS, ao contrário, a regulamentação ainda persiste na atualidade com muitas incoerências e injustiças que penalizam o consumidor desses serviços. Nesse contexto, cresce o quantitativo de processos na justiça e intervenções do MP na tentativa de garantir o direito dos associados.

No caso da Anvisa, a autonomia decisória e a agilidade administrativa do órgão são avaliadas como pontos positivos no processo de regulação dessa área. As críticas que se apresentam são com relação à incipiente construção de uma política integrada e sistêmica – federal, estadual e municipal – com um projeto de desenvolvimento explícito para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) (Lucchese, 2001). A capacidade de uma agência federal regular essa área em todo o território nacional é pequena, e o que se avançou na construção dos sistemas de vigilância estadual e municipal é insuficiente possibilitando que ainda persista uma situação de descontrole sobre a área.

Além de toda a legislação de complementação legal, é importante ressaltar a aprovação, nesses anos, de um conjunto de leis bastante expressivo e importante para o processo de reforma e que se encontravam em tramitação há muito tempo, como: a lei que regula o subsistema de atenção à saúde indígena; a lei que trata da obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama nos casos de mutilação do tratamento de câncer; a lei que dispõe sobre a vigilância sanitária e estabelece o medicamento genérico; e a emenda constitucional 29, que altera artigos da CF88 e assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. A atuação do Legislativo na construção dessas leis se configurou com ampla participação do movimento social – em especial da saúde, da mulher e dos índios –, além da intermediação de interesses junto ao Executivo Federal e demais esferas de governo.

POLÍTICAS DE SAÚDE

Nesse sentido, há um espaço de atuação do Legislativo e de expressão do movimento social no processo decisório em saúde nesses anos. Contudo, ainda é desigual o peso do Legislativo em face do Executivo no encaminhamento das demandas, pois apesar do predomínio de leis aprovadas de autoria do Legislativo, nas poucas leis encaminhadas pelo Executivo o tempo de tramitação foi consideravelmente menor (em média dois meses nas propostas do Executivo, e em média 4 anos e 6 meses nas propostas do Legislativo). Ainda há que se considerar que algumas leis de autoria do Legislativo sofreram forte influência do Executivo, tendo sido aprovadas mediante o contexto de apoio do Executivo, como foi o caso da lei dos planos de saúde.

Quanto ao segundo período em análise (2001-2002), é interessante verificar uma mudança no perfil das leis aprovadas, com um quantitativo significativo de leis que tratam de ações específicas de saúde e que normalmente vinham sendo reguladas no âmbito do Executivo, como a instituição do programa de controle do câncer de próstata ou a definição de 'dias' para o combate de algumas doenças (glaucoma, hipertensão arterial).

É interessante destacar que a única lei de autoria do Executivo tenha sido a que regulamenta a profissão de agentes comunitários de saúde (ACS), uma lei imersa em um conflito grande com o MP e com as regulamentações da administração pública.²⁸ A lei por si só não logrou garantir os direitos deste grupo e exige uma complementação legal para sua efetivação. Insere-se ainda no contexto de uma política de saúde que enfatiza a reconfiguração do modelo assistencial pautada na formatação do Programa Saúde da Família (PSF),²⁹ com fortes incentivos financeiros e que tem no ACS uma importante força de trabalho para sua efetivação.

Há também no período um conjunto menos expressivo numericamente de leis que refletem vitórias importantes do processo de Reforma, como a lei que redireciona o modelo em saúde mental e a que regulamenta a assistência domiciliar no SUS. Contudo, é evidente a inflexão do processo decisório da saúde no período e o esvaziamento do Poder Legislativo no encaminhamento

²⁸ Sobre o histórico e regulamentação do trabalho do ACS, ver Morosini, Corbo e Guimarães, texto "O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas de saúde – concepções do trabalho e da formação profissional", no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

²⁹ Sobre o Programa de Saúde da Família, ver Corbo, Morosini e Pontes, texto "Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde", no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, nesta coleção. (N. E.).

O LEGISLATIVO E A SAÚDE NO BRASIL

das demandas, considerando que ainda existem lacunas importantes na regulação do SUS, como, por exemplo, a regulamentação da emenda constitucional 29, que, apesar de aprovada em 2000, ainda não teve sua definição na totalidade.

Projeto de Governo e Política de Saúde

O cenário político a partir de 2003, com o início do governo Lula, configura por si só um outro momento da política de saúde, haja vista a definição de um novo projeto de governo e mudança no quadro ministerial. As primeiras ações mais contundentes na área da saúde se expressaram na redefinição da estrutura do Ministério, com a criação de novas secretarias e o redesenho de funções das secretarias já existentes.

Nos anos de 2003 e 2004 são aprovadas leis (Quadro 6) que versam sobre temas específicos de políticas consideradas chave no projeto de governo e que não necessariamente são demandas próprias da saúde, como a definição do estatuto do idoso e da lei que define a notificação compulsória da violência contra a mulher. Outra lei de natureza mais abrangente e que é indicada como uma lei da saúde é a que institui a renda básica de cidadania, diretamente atrelada ao projeto de governo para redução da desigualdade. Há também a aprovação da lei que autoriza o Executivo a criar a empresa pública de hemoderivados e biotecnologia, reforçando a política de Ciência e Tecnologia no âmbito do governo federal.

Quadro 6 – Produção legislativa em saúde

Projeto de Governo e política de saúde – 2003-2004			
Documentos	Ano	Autoria	Tempo de tramitação
Lei 10.651 – Estabelece o controle do uso da talidomida	2003	Legislativo	1476 dias
Lei 10.708 – Define o auxílio reabilitação psicossocial	2003	Executivo	62 dias
Lei 10.741 – Estatuto do idoso	2003	Legislativo	2223 dias
Lei 10.778 – Define a notificação compulsória violência contra a mulher	2003	Legislativo	947 dias
Lei 10.835 – Dispõe sobre a renda básica de cidadania	2004	Legislativo	764 dias
Lei 10.972 – Autoriza Executivo a criar a empresa pública de hemoderivados e biotecnologia	2004	Executivo	397 dias

Obs: Foram aprovadas 23 leis no período, 5 medidas provisórias e 41 decretos.

POLÍTICAS DE SAÚDE

A curiosidade deste período reflete-se em uma produção legal que não tem a especificidade da saúde, mas de um debate mais abrangente de política social no qual a saúde está inserida. Na verdade, uma mudança de tom no encaminhamento das demandas de saúde no âmbito legislativo e que também se expressa no governo federal, haja vista a discussão sobre o uso dos recursos da saúde para o financiamento do Programa 'Fome Zero', no primeiro ano de governo em 2003, e o debate ainda em curso sobre a definição de 'ações e serviços de saúde' no âmbito da regulamentação da EC29.

Destaque-se ainda a aprovação de alguns decretos que expressam uma condução específica da primeira gestão do Ministério da Saúde deste governo, com prioridades não necessariamente atreladas à trajetória da Reforma Sanitária, como o decreto que institui o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (Samu – decreto 5.055/2004) e o que institui o programa 'Farmácia Popular do Brasil' (decreto 5.090/2004).

Esta é uma análise preliminar e merece ser aprofundada à luz de uma revisão dos documentos e estratégias de governo adotadas. O objetivo aqui é apenas identificar inflexões e somar elementos para a análise da política.

Considerações Finais

Esse texto analisou a participação do Legislativo na construção do ideário da Reforma Sanitária e na definição do texto constitucional de 1988, e identificou a produção legislativa em saúde aprovada no período de 1990 a 2004.

Fica explícita a importante participação do Legislativo na trajetória da política de saúde brasileira nesses anos. Primeiro, como articulador e promotor do debate da saúde no contexto do Estado, interagindo com o movimento reformista e introduzindo a proposta de reforma setorial em um cenário de grande conflito e instabilidade de poder (final da década de 1970), reivindicando um espaço para a saúde na agenda de prioridades do Estado. Segundo, como articulador e defensor dos interesses sociais, garantindo a definição do capítulo da saúde na Assembléia Constituinte de 1987/88. Terceiro, no exercício da regulamentação da base institucional do SUS nos anos 90 e na articulação e defesa de novos interesses atrelados ao setor saúde, mantendo-se atualizado e atento às demandas sociais, o que se expressa na aprovação de leis para políticas específicas e outras.

O LEGISLATIVO E A SAÚDE NO BRASIL

Em outra perspectiva, a análise da legislação em saúde mostrou que, apesar das mudanças efetuadas a partir da CF88, o Executivo ainda exerce um papel preponderante e desigual na definição das propostas políticas no âmbito legislativo.

A atuação do Executivo na saúde se expressou: na tramitação cinco vezes mais acelerada dos seus projetos em comparação aos projetos do Legislativo; no veto parcial à lei orgânica da saúde; na edição de medidas provisórias e decretos com força de lei, modificando leis (planos de saúde), adiando debates (conferência nacional) ou transformando a estrutura ministerial (criação de novos órgãos e funções), não garantindo a transparência do processo decisório.

Assim, se por um lado o Legislativo exerceu a contento sua função de articulação e defesa dos interesses sociais; por outro, não logrou maior agilidade e poder de intervenção na política pública. As demandas encaminhadas pelo Legislativo seguem trâmites mais lentos e estão pautadas pela agenda Executiva. Ressalte-se que a agenda Executiva que prevalece não é necessariamente a agenda do Ministério da Saúde, mas a agenda da Presidência da República. Em alguns momentos fica evidente essa diferença, especialmente quando há uma divergência acerca da condução da política de saúde, como foi no caso da CPMF, que acabou por levar à destituição do ministro da Saúde.

A análise dos dados nos remete à necessidade de estudos mais detalhados sobre a relação do Legislativo-Executivo na saúde de modo a melhor compreender a dinâmica do processo decisório e definição de prioridades. Daqui podemos extrair que o processo político que tem no Legislativo o vocalizador de projetos imprime mais lentidão do que o que o Executivo lidera, refletindo uma forma ainda desbalanceada e pouco madura das instituições no processo democrático.

Referências

- ABRANCHES, S. Presidencialismo de coalizão: o dilema institucional brasileiro. *Revista Dados*, 31(1): 5-34, 1988.
- AMORIM NETO, O. O poder Executivo, centro de gravidade do sistema político brasileiro. In: AVELAR, L. & CINTRA, A. O. (Orgs.) *Sistema Político Brasileiro: uma introdução*. Rio de Janeiro, São Paulo: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung, Fundação Unesp, 2004.
- BAPTISTA, T. W. F. Seguridade social no Brasil. *Revista do Serviço Público*, 49(3): 99-118, 1998.
- BAPTISTA, T. W. F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3): 615-626, 2007.

POLÍTICAS DE SAÚDE

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: 5 out. 1988. Brasília: Senado Federal, 2003. Disponível em: <www.legis.senado.gov.br/con1988/index.htm>. Acesso em: 15 dez. 2003. (Atualizada até a Emenda Constitucional n. 40, de 29 maio. 2003)

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde – Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990, p.18055. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 2 fev. 2005.

BRASIL. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990, p.25694. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 2 fev. 2005.

BRASIL. Senado Federal. *Regimento Interno do Senado Federal*. Brasília: Senado Federal, 1999.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Regimento Interno da Câmara dos Deputados*. 5.ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 2000.

BRASIL. Emenda Constitucional n.32. Brasília: Congresso Nacional, 2001.

CARBONE, C. O. *Seguridade Social no Brasil: ficção ou realidade?* São Paulo: Atlas, 1994.

DIAP. Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar. *Quem Foi Quem na Constituinte: nas questões de interesse dos trabalhadores*. São Paulo: Cortez, Oboré, 1988.

DIAP. Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar. *A Cabeça do Congresso: quem é quem na revisão constitucional*. São Paulo: Oboré, 1993.

DINIZ, E. Relações Executivo-Legislativo. *Grupo de Conjuntura*, 51: 1-6, 1995.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R. & EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FARIA, T. W. *Dilemas & Consensos: a seguridade social brasileira na Assembleia Nacional Constituinte de 1987/1988 – um estudo das micro-relações político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil*, 1997. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

FIGUEIREDO, A. C. & LIMONGI, F. *Executivo e Legislativo na nova ordem constitucional*. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1999.

O LEGISLATIVO E A SAÚDE NO BRASIL

- FIORI, J. L. Neoliberalismo e políticas públicas. In: FIORI, J. L. (Org.) *Os Moedeiros Falsos*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- GARCIA, M. A *CPI dos Planos de Saúde*, 2003. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://thesis.cict.fiocruz.br>>.
- HOGWOOD, B. W. & GUNN, L. A. *Policy Analysis for the Real World*. Oxford: Oxford University, 1984.
- LIMONGI, F. & FIGUEIREDO, A. C. Medidas Provisórias. In: BENEVIDES, M. V.; KERCHÉ, F. & VANNUCHI, P. (Orgs.) *Reforma Política e Cidadania*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.
- LOUREIRO, M. R. & ABRUCIO, F. L. Política e burocracia no presidencialismo brasileiro: o papel do Ministério da Fazenda no primeiro governo Fernando Henrique Cardoso. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 14(41): 69-89, out., 1999.
- LUCCHESI, G. *Globalização e Regulação Sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil*, 2001. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- MACHADO, C. V. *Contexto, Atores, Instituições: um estudo exploratório das novas modalidades de gerência nos hospitais públicos no município do Rio de Janeiro nos anos 90*, 1999. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- MORAES, F. Executivo e Legislativo no Brasil pós-constituente. *São Paulo em Perspectiva*, 4(15): 45-52, 2001.
- NUNES, E. *A Gramática Política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- O GLOBO. Poder: levantamento mostra que apoio parlamentar em votações de interesse do Executivo foi recompensado. *O Globo*, Rio de Janeiro, 30 abr. 2000. O País, p. 4. Disponível em: <http://arquivoglobo.globo.com/ie_index.htm>. Acesso em: 30 ago. 2007.
- PESSANHA, C. *Relações entre os Poderes Executivo e Legislativo no Brasil: 1946-1994*, 1997. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.
- PESSANHA, C. O poder executivo e o processo legislativo nas constituições brasileiras: teoria e prática. In: VIANNA, L. W. (Org.) *A Democracia e os Três Poderes no Brasil*. Belo Horizonte, Rio de Janeiro: UFMG, IUPERJ, FAPERJ, 2003.
- WALT, G. *Health policy: an introduction to process and power*. Johannesburg, London and New Jersey: Witwatersrand University Press, Zed Books, 1994.

Participação Popular e Controle Social na Saúde: democratizando os espaços sociais e agregando capital social

Waldir da Silva Souza

Introdução

Historicamente podemos remeter a idéia de participação política à experiência da sociedade grega, na qual os seus cidadãos apresentam interesse acerca de tudo que se referia à *polis* (cidade em grego), ou seja, o cidadão grego mostrava-se interessado pela vida coletiva, por suas atividades e por sua organização. Desenvolve-se então a reflexão sobre essas atividades e sobre o Estado como instituição que as desenvolve através de decisões políticas que vão estar referidas à capacidade de regulação de determinadas atitudes tanto dos indivíduos quanto dos grupos. Nesse sentido, dentro de uma visão mais geral, o Estado direcionaria a sua ação para organizar a dimensão coletiva das diversas demandas ao garantir, para o conjunto da sociedade, o acesso aos bens produzidos pela mesma. Para alcançar este objetivo, o Estado realiza as chamadas políticas públicas. Segundo Moisés (1985), políticas públicas estaria relacionado à participação do Estado na montagem da infra-estrutura necessária à superconcentração de atividades produtivas nas grandes cidades brasileiras, assim à resolução de necessidades de infra-estrutura para atender às enormes massas de população.¹

As políticas públicas são desenvolvidas por meio de ações, programas, projetos, regulamentações, leis e normas que o Estado desenvolve para administrar os diferentes interesses sociais e atender às necessidades demandadas pela sociedade em áreas diversas, como educação, saúde, trabalho, previdência, saneamento, meio-ambiente etc. Uma das características essenciais presentes nas atividades desenvolvidas pelo Estado é a função social e histórica de mediar conflitos por meio da realização de políticas públicas. É na relação Esta-

¹ Sobre as relações entre Estado e políticas sociais, ver Pereira e Linhares, texto "O Estado e as políticas sociais no capitalismo", no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

POLÍTICAS DE SAÚDE

do/sociedade civil que se pode apontar o processo de construção da noção de cidadania.² Há de se registrar que algumas interpretações assinalam que o Estado, em sua ação de mediador, acaba apresentando uma postura de parcialidade, pelo fato de historicamente posicionar-se de forma favorável a garantir os interesses das elites dominantes.

É em relação à formulação e implementação de políticas públicas visando atender às mais diversas áreas de interesses e necessidades sociais que encontramos hoje – no campo da teoria social – inúmeras tentativas de elaborar uma teoria analítica sobre as inter-relações e os processos sociais de participação política, a partir da articulação entre as noções de participação popular, redes sociais, capital social, cultura cívica e controle social, dentre outras. Uma ampla gama de abordagens vem discutindo tais noções sob a ótica do desenvolvimento, nas sociedades contemporâneas, de hábitos democráticos por parte dos cidadãos na defesa e representação de seus interesses que produziriam uma cultura participativa constituindo atitudes cívicas, e conseqüentemente a configuração de certo capital social (Carvalho, Petris & Turini, 2001; Labra & Figueiredo, 2002; Valla, Assis & Carvalho, 1993; Valla, 1998; Emirbayer & Goodwin, 1994; Coleman, 1990; Fontes, 1999; Putnam, 1996, Abu-El-Haj, 1999).

Na conjuntura democrática atual, é possível perceber que os atores políticos, na defesa de seus interesses, apresentam estratégias empíricas produtoras de transformações institucionais em algumas esferas propositoras, e de monitoramento de políticas públicas, como os conselhos de participação social – em áreas diversas como saúde, assistência social, meio-ambiente, educação etc. Tais estratégias, antes de serem interpretadas como incômodos, na verdade, são percebidas como essenciais para o fortalecimento das instituições democráticas estáveis e eficazes. Sendo assim, podemos nos debruçar sobre tais questões no campo da saúde através da constituição de instituições participativas representadas pelos conselhos e pelas conferências de saúde, que se mostram como importantes fóruns de valorização tanto da participação popular como também de exercício do controle social. Por meio de tais mecanismos de participação, pode-se diagnosticar um rico processo, para aproveitar uma expressão de Côrtes (2005), de democratização da gestão pública.

² Sobre direito e cidadania, ver Reis, texto "Cultura de direitos e Estado: os caminhos (in)certos da cidadania no Brasil, no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

De forma simples, para as intenções exploratórias deste artigo, o que podemos, neste momento inicial, é indagar o que vem a ser afinal de contas participação popular e controle social e como tais noções realmente contribuem ou não para a constituição e consolidação de uma cultura participativa. É também ambição deste texto estabelecer, introdutoriamente, a articulação entre o processo de realização da participação popular e do controle social com a confecção de um sistema de valores democráticos constitutivos daquilo que se denomina capital social. Ampliar as características de tais noções e situá-las à luz da realidade brasileira é talvez a ambição maior, então, mãos à obra.

Problematizando os Olhares sobre Participação Popular e Controle Social

Segundo Alvarez (2004), freqüentemente conceitos elaborados dentro de uma determinada tradição teórica acabam sendo apropriados e até mesmo reconfigurados por outras tradições, de tal modo que o significado original é modificado, e novas e até inesperadas questões surgem sob a mesma denominação. Tal perspectiva assinalada pelo autor é percebida quanto aos significados atribuídos à noção de controle social. Por ser freqüentemente utilizada pelos mais diversos autores e em contextos teóricos e metodológicos bastante heterogêneos, pode-se argumentar que a noção de controle social caracteriza-se como um conceito essencialmente polifônico.

Alvarez (2004) assinala que na tradição dos estudos sociológicos a idéia de 'controle social' está referida ao estudo do conjunto dos recursos materiais e simbólicos de que uma dada sociedade dispõe para assegurar a conformidade do comportamento de seus membros a um conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados socialmente.

Ainda no campo dos estudos sociológicos, a trajetória da noção de controle social apresenta suas raízes mais remotas nas discussões desenvolvidas pelo pensador francês Émile Durkheim. Seus estudos se debruçam sobre os processos de integração social, da questão da ordem e da harmonia, e coesão social. No pensamento de Durkheim, a noção de controle social está referida tanto aos mecanismos gerais de manutenção da ordem social quanto aos fenômenos ou instituições específicas que buscam fortalecer a integração e reafirmar a ordem social quando esta se encontra ameaçada. A questão era então

POLÍTICAS DE SAÚDE

como estabelecer um grau necessário de organização e regulação da sociedade de acordo com determinados princípios morais (Alvarez, 2004).

Já a sociologia norte-americana utiliza o termo controle social como recurso para apreender os mecanismos de cooperação e de coesão voluntária daquela sociedade. Ao invés de pensar a ordem social como regulada pelo Estado, tal tradição estava mais interessada em encontrar na própria sociedade as raízes da coesão social. Desejava-se muito mais entender as raízes da ordem e da harmonia social do que as condições de transformação e da mudança social. Após a Segunda Guerra Mundial, a noção de controle social começa a ganhar outra configuração, pois a coesão social não será mais vista como resultado da solidariedade e da integração social, mas sim como resultado de práticas de dominação organizadas pelo Estado ou pelas 'classes dominantes' (Alvarez, 2004).

Na realidade, o que se observa em algumas abordagens sobre participação popular, controle social e capital social, é o fato de apresentarem, com os marcos investigativos, estruturas sociais formais relacionadas às experiências internacionais das chamadas democracias consolidadas, quais sejam, os grandes grupos políticos, como os partidos políticos, o Parlamento, os empresários, os sindicatos – grupos estes que apresentariam ações políticas mais estáveis.

Há o limite de um modelo internacional, de caráter macro e formal perante nosso padrão democrático. Com isso, acabam não se preocupando com a presença de outros padrões sociais não-formais nas chamadas democracias emergentes, como associações voluntárias, associações de moradores, grupos de apoio a portadores de patologias. Ou até mesmo, ainda nas democracias emergentes, quando as pesquisas se voltam para os chamados espaços institucionais/formais de participação social, acabam não registrando a ascensão de novos atores coletivos originários de espaços participativos locais e até mesmo microssociais.

Isto acaba implicando a apresentação das análises explicativas, lacunas, no que se refere à construção de abordagens interpretativas sobre a presença de controle social em sociedades que apresentam níveis de informalidade bem acentuados, como o caso da sociedade brasileira. Encontram-se também lacunas nas análises interpretativas acerca do desenvolvimento de ações participativas e reivindicativas desenvolvidas por outros atores sociais não-tradicionais, que apresentam como característica aglutinadora a defesa de um

PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

interesse comum. Esses novos atores não vislumbram mais a sua ação política, nas figuras dos atores tradicionais – partidos políticos, sindicatos – enquanto os representantes de seus interesses. Pode-se entender que aqueles atores tradicionais ainda apresentam, ou melhor, dizendo, ainda detêm o monopólio da representação, mas não mais o da organização e da participação popular, ou da mediação dos interesses de segmentos da sociedade civil perante o Estado.

Há que se interrogar também como, em sociedades que apresentam conflitos acerca da escassez de bens a serem ofertados, se produz e se estabelece o chamado interesse comum. Seria este realmente o elemento de agregação de pessoas nos grupos associativos? Ou seriam outros elementos de ordem identitária, afetiva, de necessidade, que agregam outros vínculos de reconhecimento identitários, tais como classe, crenças, costumes, etnia, patologias etc. Aqui nesta questão podemos situar o conceito de representação funcional (Werneck Vianna & Carvalho, 2004; Moreira, 2006), que pode ser compreendido como não se identificando com a representação tradicional via partidos políticos, sindicatos, parlamento, mas volta-se para outros nichos de interesses que configuram determinados grupos, atribuindo-lhes, então, cidadania. Ou seja, as ações de algumas associações voluntárias muitas das vezes agem como representantes funcionais de grupos sociais que estão excluídos dos canais participativos.

Por conseguinte, a busca dos sujeitos cidadãos por organizações constituídas informalmente na sociedade, como alternativas preferenciais na resolução de seus problemas e atendimento de suas necessidades, evidencia o afastamento do cidadão das instituições políticas convencionais da democracia formal como interlocutores efetivos (Baquero, 2003).

Por certo há que se compreender que iniciativas societais de mobilização, participação e organização acabam por colocar novas alternativas, senão totalmente novas, mas com toda certeza viabilizam-se outras opções de ação política em detrimento das chamadas formas tradicionais de atuação e representação política – como os partidos políticos, os sindicatos etc. Tal fato motivado pelo descrédito, por parte da população, em relação aos representantes no parlamento nacional. Isto implica desenvolver uma (re)interpretação acerca do relacionamento entre os grupos associativos e o poder público a partir dos níveis de mobilização e de mediação. Isto, pois temos a compreensão de que a competição entre os diversos grupos acaba sendo rotinizada pela produção de

POLÍTICAS DE SAÚDE

diversas regras para a participação em instâncias públicas de disputa política. Como se dá, no caso da saúde, com as instâncias colegiadas de participação social, como os conselhos de saúde e as conferências de saúde que se realizam em todos os níveis de ordem política do Estado brasileiro.

Há na literatura em ciências sociais no Brasil algumas interpretações sobre a realidade nacional, que tratam, de forma crítica, a existência de uma certa incapacidade organizativa e mobilizadora da sociedade brasileira. Para essa literatura, os interesses privados presentes na sociedade não conseguem estabelecer e manter verdadeiras esferas públicas não-estatais (Neder, 1997). Porém, podemos perceber que o processo de redemocratização ocorrido no país nas últimas décadas apresenta em sua trajetória diversos momentos de esforços coletivos de mobilização e de organização de alguns setores do corpo social. Mesmo reconhecendo que estes apresentam trajetórias e orientações distintas, e que alguns foram essencialmente pontuais, podemos citar como ilustração a ação dos grupos ecológicos, do movimento dos mutuários, a experiência do orçamento participativo, o movimento dos sem-terra, e, no campo da saúde, o movimento da Reforma Sanitária brasileira.

Registra-se, ainda, a presença do desenvolvimento de ações políticas de grupos sociais orientadas pelo espírito voluntário, em que a energia condutora é a solidariedade, sejam associações voluntárias, associações civis, grupos de ajuda mútua ou até mesmo as chamadas Ongs de 'chapa branca' (que desenvolvem ações em estreita articulação com Estado, principalmente, em função dos recursos governamentais).

Carlos Pereira (1997: 88) assinala que, segundo O'Donnell: "a tarefa mais importante das novas democracias é a de criar canais e incentivos para que todas as forças políticas possam expressar seus interesses no marco das instituições representativas".

De uma forma geral, podemos interpretar que tais movimentos apresentam, como essência central, uma ação política na qual difundem a construção de identidades democráticas no marco de instituições representativas, com a constituição de formas coletivas de solidariedade, que colocam no dia-a-dia normas e valores do chamado comportamento democrático. Comportamento este que vai sendo, cada vez mais, realizado por atores que vislumbram a defesa de seus interesses para além das dimensões formais da representação política. A sua ação é positivada a partir de uma

PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

efetiva participação em grupos associativos que ressignificam, por exemplo, via solidariedade e valores cívicos, a sua condição de sujeito-cidadão. Nesse sentido, pode-se observar a materialização do cidadão no processo político, principalmente através do fortalecimento de entidades locais, como as organizações não-governamentais e as associações de moradores.

Controle Social em Saúde: algumas concepções

Segundo o relatório da IX Conferência Nacional de Saúde, controle social seria a capacidade de intervenção que a sociedade organizada realiza nas políticas públicas, buscando, ao interagir com o Estado, estabelecer e atender às suas necessidades e interesses na definição das prioridades e metas dos planos de saúde (Brasil, 1992).

No início do século XX, a noção de controle social apresentava um significado oposto ao que é utilizado atualmente (se aproximava do sentido trabalhado pela visão sociológica norte-americana) – como medidas sanitárias de controle do Estado sobre a sociedade (período do 'sanitarismo campanhista'). Há de se destacar a presença da dicotomia entre as áreas preventiva e curativa (Carvalho, Petris & Turini, 2001).

Outro termo para designar a participação da população na área da saúde foi 'participação comunitária'. Tal termo origina-se no início do século XX, a partir das experiências de medicina comunitária desenvolvidas nos centros comunitários de saúde norte-americanos. Nos centros, o trabalho comunitário apresentava um caráter de assistência social (dirigido aos mais pobres, com maiores riscos sociais e sanitários); de educação (transmissão de conhecimentos que estimulassem o auto-cuidado, a solidariedade e o coletivismo; de integralidade (programas de atenção materno-infantil, saúde mental, tuberculose etc.) A participação comunitária era percebida como um passaporte para melhorias sociais (Carvalho, Petris & Turini, 2001).

Ainda segundo Carvalho, Petris e Turini (2001), na década de 1980, em um contexto de crise social – há uma intensa mobilização pela redemocratização do país – surge uma terceira forma de participação da população no Brasil, a 'participação popular'. Neste momento, a noção de participação popular apresenta um sentido de combate ao Estado e representa o aprofundamento da crítica e a radicalização das práticas políticas de oposição ao sistema dominan-

POLÍTICAS DE SAÚDE

te. A categoria comunidade é substituída agora pela categoria povo, entendido como parcela da população excluída do acesso aos bens e serviços produzidos pela sociedade nacional. Em face dos problemas sociais da população, ocorre um deslocamento da dimensão técnica para a dimensão política. A concepção do processo saúde-doença passa a enfatizar a dimensão que o meio social exerce no curso das doenças, e o risco sanitário passa a ser associado à dificuldade de acesso da população aos bens e serviços essenciais, como educação, moradia, saúde, lazer.³

Ainda sobre a noção de participação popular, podemos fazer referência à definição apresentada por Valla, qual seja:

De forma geral, participação popular compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar as formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social (saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico, etc.) (Valla, 1998: 9)

Em tal definição, percebe-se o papel da participação popular na conformação de um monitoramento da ação do Estado no atendimento às demandas sociais. Nesta perspectiva, está implícita a articulação da participação popular com a realização do controle social.

Cabe assinalar que, em 1985, com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), há um movimento de universalização do atendimento e da institucionalização da participação de algumas parcelas organizadas da população na gestão das ações de saúde. Foram instituídos órgãos colegiados denominados Comissões Interinstitucionais de Saúde, organizados em nível estadual (CIS), regional (Cris) e municipal (CIMS), que contavam com a participação de gestores, prestadores de serviço de saúde público ou privados representantes da população, na maioria das vezes sindicatos e associações de moradores (Carvalho, Petris e Turini, 2001). Um ano depois, em 1986, realiza-se a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), que traz em seu ideário propostas de reforma do sistema de saúde no país, apontando para a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizado, e com acesso universal, como estratégias de fortalecimento do sistema público de saúde.

³ Sobre a construção do conceito de saúde e as diferentes situações de risco identificadas no mundo contemporâneo, ver Batistela, texto "Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica", e Gondim, texto "Do conceito do risco ao da precaução: entre determinantes e incertezas", ambos no livro *O Território e o Processo Saúde-Doença*, nesta coleção (N. E.).

PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

É também indicada pela VIII CNS a necessidade de garantir constitucionalmente a saúde como direito de todo o cidadão e dever do Estado, ou seja, a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, não mais só direito previdenciário. Sendo assim, a participação social é tida como direito de cidadania, e a sua interação com o Estado é orientada pelo objetivo de estabelecer o seu controle, ou seja, fazer com que o Estado atenda às demandas sociais, e ainda, com o controle social, exerça o esforço de não atuar unicamente em função de seus interesses e dos grupos dominantes. Outro marco da realização da VIII CNS foi o fato de não ser mais uma reunião só de técnicos da saúde, mas por também contar com a participação de representantes de outros setores da sociedade brasileira. Começa a se configurar, então, uma maior inserção e participação da comunidade nas questões ligadas ao campo das políticas de saúde no Brasil.

Os Marcos Legais da Participação Social e os Mecanismos de Controle Social no Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal de 1988, em relação à saúde, acabou incorporando as principais propostas da VIII CNS, criando o SUS. Entre as propostas incorporadas, encontramos aquela que visa assegurar a participação da sociedade nas proposições e desenvolvimento das políticas e práticas de saúde. Em 1990, a participação de segmentos organizados da sociedade civil no SUS acabou sendo regulamentada por meio da chamada Lei Orgânica da Saúde (LOS), inicialmente representada pela lei n. 8.080/90, e depois complementada pela lei n. 8.142/90. A lei n. 8.080/90, de modo geral, buscava garantir condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; organização e financiamento dos serviços de saúde. A lei 8.142/90 garantia a participação da comunidade na gestão do SUS regulamentada nos conselhos e conferências de saúde. Regulamenta ainda o Fundo Nacional de Saúde (recursos financeiros transferidos de modo intergovernamental), repasses automáticos e garantia para municípios e estados receberem recursos federais.

A lei 8.142/90 teve de ser editada em decorrência de vetos impostos à primeira lei, principalmente no que se referia à participação da comunidade e ao repasse de recursos. Tais vetos foram percebidos como indevidos em função da necessidade de regulamentação da determinação constitucional de participa-

POLÍTICAS DE SAÚDE

ção da comunidade e da instituição constitucional de descentralização da execução das ações e dos serviços públicos de saúde. Em face da diretriz constitucional de 'participação da comunidade' no SUS, a lei 8.142/90 instituiu duas instâncias colegiadas em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal): as conferências de saúde e os conselhos de saúde (Carvalho, Petri & Turini, 2001).

Os conselhos de saúde são órgãos de caráter permanente, deliberativo e paritário, que, depois de instituídos, devem funcionar por tempo indeterminado, reunindo-se regularmente e têm o direito de tomar decisões referentes à política de saúde a ser executada; além disso, devem formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde em sua esfera governamental.

Outro recurso de fomento à participação da comunidade nas questões relacionadas ao campo das políticas de saúde são as conferências de saúde. A instituição das conferências nacionais de saúde data de 1937, no primeiro governo Getúlio Vargas. Neste momento, as conferências faziam parte de um processo de extrema centralização político-administrativa no Estado brasileiro (Brasil, 2003). Desde então, as conferências sofreram transformações em sua forma e organização, e hoje constituem-se como importantes fóruns de discussão e participação social nos debates sobre as questões relacionadas à saúde da população brasileira.

De acordo com o documento elaborado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2003), foram realizadas, até o momento, 11 conferências de saúde. A I Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1941, apresentava em seu ideário a defesa sanitária da população, a assistência social aos indivíduos e às famílias, a proteção da maternidade, da infância e da adolescência. Esta conferência apresenta uma concepção, no que se refere às ações no campo da saúde, de caráter curativo e não preventivo. Em 1950, foi realizada a II CNS, que estabelecia uma legislação relacionada à higiene, segurança do trabalho e à prestação de assistência médica e sanitária preventiva para trabalhadores e gestantes. A III CNS (1963) coloca em pauta a proposta inicial de descentralização na área de saúde. Para isso, discute a necessidade de definir as atribuições dos governos federal, estaduais e municipais no desenvolvimento das atividades médico-sanitárias, visando, com isso, pôr em prática a descentralização executiva dos serviços, com a participação efetiva dos municípios no enfrentamento dos problemas de saúde pública. A IV CNS (1967) tem como tema-base o debate

PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

sobre os recursos humanos necessários para atender às demandas de saúde da população. Em 1975, realiza-se a V CNS, cuja proposição era a elaboração de uma política nacional de saúde. Já a VI CNS (1977) apresenta a temática do controle das grandes endemias e interiorização dos serviços de saúde. A VII CNS, que ocorre em 1980, tem como pontos de discussão a implantação e o desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde). Em 1986, é realizada a VIII CNS, um marco na história das conferências, que, influenciada pelos preceitos defendidos pela Reforma Sanitária, propõe a concepção do conceito ampliado de saúde – promoção, proteção e recuperação. A IX CNS (1992) tem como discussão básica a descentralização e a democratização do conhecimento. Em 1996 acontece a X CNS, cujo debate gira em torno da construção de um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida por meio do SUS. A XI CNS (2000) apresenta como eixo a efetivação do SUS por meio do acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Em 2003, é realizada a XII CNS que tem como ponto central o controle social abordado por meio de temas específicos, como seguridade social,⁴ organização da atenção em saúde; gestão participativa; as três esferas de governo e a construção do SUS; ciência e tecnologia e a saúde; intersetorialidade; trabalho na saúde; direito à saúde; financiamento; comunicação e informação em saúde (Brasil, 2003).

As conferências de saúde devem ser realizadas em todos os níveis de governo, obedecendo à periodicidade para a sua realização de quatro em quatro anos. Em sua composição, devem contar com representantes dos diversos segmentos sociais, visando debater e avaliar a situação da saúde no país e propor intervenções, mudanças ou estabelecer diretrizes para a formulação da política de saúde em cada nível de governo. As conferências são convocadas pelo poder executivo ou, extraordinariamente, também podem ser convocadas pelo conselho de saúde. A realização das conferências representa um momento de interlocução ampliada com a sociedade, apresentando caráter consultivo, ou seja, é permitido o levantamento de questões e a proposição de soluções em relação à saúde, mas sem possuir um poder de decisão.

⁴ Sobre seguridade social no Brasil, ver Monnerat e Senna, texto "Seguridade social brasileira: dilemas e desafios", no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

POLÍTICAS DE SAÚDE

Um importante trabalho de análise a partir dos relatórios das VIII, IX, X, e XI conferências acerca da participação da comunidade nas discussões sobre o sistema de saúde nacional foi realizado por Guizardi et al. (2004). Os autores fazem referência às questões relacionadas à participação social, desde a criação do SUS, suas continuidades e os principais deslocamentos argumentativos realizados, provocando, inclusive, alguns deslocamentos de sentidos. A título de ilustração, a respeito do deslocamento de sentido da noção de participação, os autores assinalam que, no relatório da VIII CNS, a participação é pensada a partir da sua inserção na política de saúde, como sujeito determinante e relevante no acompanhamento e fiscalização de seu processo, em todos os níveis do sistema. É nesta perspectiva que o controle social emerge como efeito dessa participação (Guizardi et al., 2004). Já na XI CNS, a participação é desenhada como prática decisória e não mais como equivalente à existência dos espaços institucionalizados no arcabouço jurídico-institucional do SUS. Tal fato talvez indique que as transformações que começam a ser esboçadas “na XI CNS apontem para a organização de outros projetos de participação” (Guizardi et al., 2004: 37).

Os conselhos e as conferências de saúde devem ser constituídos por membros oriundos dos diversos estratos sociais, buscando, com tal diversificação, ter uma composição mais próxima das expectativas e interesses dos setores por eles representados. Os membros são agrupados nas categorias de usuários, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde. A composição de tais representantes obedece ao princípio da paridade entre usuários, prestadores e trabalhadores, que participam com direito a voz e voto. Os usuários podem ser representados por membros de associações comunitárias, voluntárias, organizações sociais, associações de portadores de problemas de saúde (patologias), organizações religiosas e outras devidamente registradas e legalizadas.

Entre os prestadores estão incluídos os representantes dos trabalhadores da área de saúde (indicados por associações profissionais ou sindicais da área), representantes dos proprietários ou administradores de instituições prestadoras de serviços de saúde (clínicas, laboratórios, hospitais) e os gestores do sistema de saúde do respectivo nível de governo (responsável pelo sistema público).

PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

Para os conselhos de saúde, recomenda-se que o número de conselheiros fique entre 10 e 20 membros, distribuídos da seguinte forma: 50% usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços (público e privado). Os conselheiros são eleitos nas respectivas plenárias das conferências.

Em relação ao contingente de participantes nas conferências de saúde não há limite, pois há a expectativa de que quanto mais ampla for a participação da comunidade, mais chance de alcançar o objetivo de escutar os anseios da população sobre as questões e os problemas de saúde.

A respeito dos repasses financeiros para os governos estadual ou municipal, é estabelecida a condição de que, para um governo se tornar apto a receber repasses das verbas federais (NOB – 91 e mantida nas NOBs 93 e 96), deve ter:

- um conselho de saúde funcionando;
- instituído o fundo estadual/municipal de saúde, com conta específica para receber esse repasse.

Com a NOB-93 compete ao Conselho Municipal de Saúde (CMS):

- deliberar sobre o Plano Municipal de Saúde;
- fiscalizar a gestão do Fundo Municipal de Saúde (FMS);
- aprovar critérios de programação ambulatorial e hospitalar;
- aprovar a programação físico-orçamentária;
- aprovar o pleito de enquadramento dos municípios à condição de gestão definida pelo SUS.

Fatores que Limitam o Modelo de Controle Social no Sistema Único de Saúde

Apesar da sua regulamentação e organização, os conselhos de saúde ainda encontram dificuldades para realização de suas atividades. Tais dificuldades vão desde a falta de sede própria até problemas relacionados à estrutura física, à falta de equipamentos, como computadores, escassos recursos orçamentários que dificultam o trabalho dos conselheiros, e à falta de transporte para deslocamentos dos conselheiros em atividades externas, como visitas etc.

Além dessas dificuldades, encontram-se ainda outras questões, como o fato da transformação dos conselhos, em alguns momentos, em estruturas

POLÍTICAS DE SAÚDE

meramente consultivas. Há ainda o atrelamento dos conselhos às estruturas das secretarias e departamentos de saúde, inclusive com a determinação legal para que os secretários de saúde sejam os presidentes dos conselhos municipais e estaduais de saúde. Há também as dificuldades de os conselhos instituídos estabelecerem objetivos que simbolizem as reais aspirações da sociedade e não somente os interesses dos segmentos ali representados, por vezes desenvolvendo um forte clientelismo político expresso na concessão de benefícios de direito como se fossem favores pessoais (Labra & Figueiredo, 2002). Esbarra-se também na dificuldade de acesso dos conselheiros às informações em saúde.

O Nível Local da Ação das Políticas Públicas: algumas notas sobre os conselhos de saúde como *locus* da produção de capital social

Segundo Borba e Silva (2006), a relevância de trabalhar com o conceito de capital social baseia-se na sua praticidade em medir, basicamente, o desempenho institucional, sem enfatizar a questão econômica e o processo de construção democrática de forma separada e excludente. A noção de capital social é definida por Coleman (1990) como tudo aquilo que favorece o jogo social; os fundamentos que permitem a estruturação de determinados laços e o favorecimento dos indivíduos (família, grupos comunitários tradicionais, agregação religiosa). Putnam, ao contrário, entende que o capital social está posto como adesão a valores cívicos, um componente de solidarização no interior de uma comunidade de valores onde o conflito ou a diferença não se coloca.

Coleman afirma o aspecto relacional do conceito de capital social como um acordo, fruto de relações relativamente incertas, cujo dinamismo permite uma maior variação. A visão de Coleman se aplica a sociedades nas quais a negociação de capital social se insere em redes primárias de estrutura tradicional. Se para Putnam o conceito de capital social se situa como um patrimônio referido a uma cultura organizacional tornando-se quase uma entidade, a discussão de Coleman vai ao encontro da dimensão da sociabilidade e não da cultura cívica. A circularidade tocqueviliniana introduzida em Coleman recoloca o micro em relação com o macro, cujo ponto de partida é uma crença individual. Essa crença leva a uma associação, essa associação funda um benefício no

PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

plano macro, e, possivelmente porque o resultado é positivo, reforça o sistema de crenças. A idéia de confiança funda a trama, o enredo da associação.

No Brasil, no marco das transformações políticas concretizadas pela Constituição de 1988, diversas instâncias colegiadas podem ser tomadas como experiências empíricas de atualização e produção de capital social na sua dimensão associativa, coletiva e organizada. O espaço de representação ocupado, por exemplo, nos conselhos de saúde, como instâncias de inovações de participação política institucional, torna-se um espaço onde a dimensão associativa, dos interesses, não necessariamente se caracteriza pela harmonia, mas pela proximidade que acaba por ser fonte de conflitos aguçando características que, ao invés de propiciar relações harmônicas demarca diferenças.

Cabe assinalar a importância dos conselhos de saúde como organismo colegiado que viabiliza, de forma efetiva, a participação de setores da população na realização do chamado controle social acompanhando de forma direta as decisões de governo na formulação, implantação e execução das políticas públicas de saúde. Este fato acaba por sinalizar um emergente espírito público, de atitudes cívicas promotoras de uma cultura participativa e democrática. Contudo, há que se atentar para o fato de que mesmo possibilitando a ampliação da participação de segmentos sociais em esferas decisórias como os conselhos de saúde, podemos constatar que segmentos sociais ainda assim ficarão à margem dos processos decisórios, pois o acesso à participação é norteado pelos grupos sociais que dispõem de maiores recursos econômicos e de poder. Ou seja, ainda não atingiríamos um ótimo de participação política, pois que ainda existem grupos sociais excluídos de tal participação.

Os conselhos de saúde apresentam ainda como inovação, no cenário das políticas públicas em saúde, a incorporação e atuação de segmentos da sociedade que até então estavam fora do debate, da possibilidade de participar diretamente no processo decisório sobre a formulação e implementação das políticas públicas de saúde. Pode-se vislumbrar, a partir deste fato, o 'empoderamento' dos segmentos envolvidos. Como assinala Avritzer (2005), o 'empoderamento' seria o fortalecimento dos recursos e capacidades das comunidades pobres e excluídas, que passariam a ter acesso a uma maior quantidade de recursos financeiros e organizacionais, assim como acesso a formas de controle do poder político a mais do que detinham antes do processo participativo.

POLÍTICAS DE SAÚDE

Algumas associações civis⁵ acabam por vezes trazendo a representação de grupos de pessoas que se encontravam fora dos níveis decisórios das políticas públicas; sendo assim, as associações reconhecem o espaço dos conselhos como *locus* da disputa, da constituição de um conflito por meio das posições contrárias, e da defesa de seus interesses. Elegem-se os conselhos como arena legal para o debate político, para a apresentação de suas reivindicações, para a defesa de suas propostas e como local de reconhecimento da legitimidade de sua ação política. Neste ponto, pode-se perceber uma aproximação ao exposto por Calderón & Reyna (apud Cunill Grau, 1996) ao examinarem as novas formas de articulação das relações entre Estado e sociedade civil em que:

verifica-se o aparecimento de uma multiplicidade de novos atores socioculturais e de movimentos sociais, que, contrariamente aos do passado, com forte orientação político-estatal, visam, em muitos casos, à conquista de identidade cultural e de espaço próprio de expressão social, políticos ou não. São movimentos que buscam êxito não apenas na realização dos direitos de cidadania política e social ou participação nos mecanismos da tomada de decisão, mas que também se propõem criar um espaço de conflito institucional onde possam expressar e dar vazão a suas demandas. (apud Cunill Grau, 1996: 115)

Pode-se inferir que os segmentos sociais representados por associações participantes em arenas decisórias no campo da saúde funcionam como *inputs*, para usar um termo sugerido por Claus Offe (1994). Neste sentido, as associações são produtoras de estímulos, tanto a partir da elaboração de demandas societárias quanto de especialistas. Por conseguinte, acabam constituindo uma agenda, essencialmente reformadora, dentro de um processo de transformação de uma política pública.

Ao analisar as dimensões da organização de interesses, Offe se refere à convergência entre três elementos básicos. O primeiro seria o nível da vontade, da identidade coletiva e dos valores dos membros participantes do grupo. O segundo nível é o da 'estrutura de oportunidade' socioeconômica de onde emerge e atua o grupo de interesse. O terceiro nível está associado às formas e práticas institucionais que o sistema político coloca à disposição do grupo de interesse. Isto acaba conferindo um *status* político-institucional à base de operação do grupo. Para Offe, a forma e o conteúdo da representação de interesse são resultados do interesse mais a oportunidade mais o *status* institucional.

⁵ Sobre sociedade civil e políticas de saúde no Brasil, ver Braga, texto "A sociedade civil e as políticas de saúde no Brasil dos anos 80 à primeira década do século XXI", no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

A caracterização apresentada por Offe nos auxilia, no primeiro momento, na compreensão e distinção acerca dos impulsos individuais no que se refere ao desejo associativo dos indivíduos. Ou seja, o que faz com que o indivíduo se associe, realize pactos e estabeleça interações entre outros indivíduos, como ele reconhece a legitimidade do grupo a que está se inserindo na representação de seus interesses.

Num segundo momento, a caracterização de Offe nos indica como a atribuição de *status* público – tanto em sua forma positiva ou negativa – a determinados grupos, por parte do sistema político, pode facilitar o acesso ao Estado e à conquista de benefícios diferenciados, ou, quando não, ao reconhecimento do grupo como interlocutor em detrimento de outras representações.

A discussão anterior serve para afirmarmos o espaço local como elemento nodal na compreensão do desenvolvimento e implantação das políticas públicas, particularmente as de saúde. Tal espaço pode ser representado pela figura dos conselhos de saúde, como arena decisória em que estão inseridos atores diversos, e distintas formas de organização da sociedade civil e do assim chamado Terceiro Setor,⁶ onde se desenvolvem ações políticas voltadas para defesa de interesses e de negociação de capital social. Ou seja, vislumbra-se neste trabalho o fato de que a coalizão dos grupos de interesses presentes no campo da saúde traz uma ação política que, mesmo reivindicando pelo seu direito social, transpõe a produção de bens e serviços, e ancora-se no esforço solidário de transformação/consolidação acerca do papel do cidadão.

A percepção do espaço local como elemento-chave está intimamente associada ao processo de democratização do país, em que se configuram a compreensão e a constituição das formas administrativas municipais e descentralizadas como espaço político e institucional das políticas sociais (Draibe, 1990). É nesse sentido que, no campo das políticas públicas, tem-se como uma das principais inovações o elevado grau de participação popular nos diferentes níveis de desenvolvimento e implementação das políticas.

⁶ Sem querer aprofundar em demasia, acerca das distinções do conceito Terceiro Setor, podemos nos valer de forma informativa da definição proposta por César Fernandes que o considera como sendo “composto de organizações sem fins lucrativos criadas e mantidas pela ênfase na participação voluntária, num âmbito não-governamental, dando continuidade às práticas tradicionais da caridade, da filantropia e do mecenato e expandindo o seu sentido para outros domínios, graças, sobretudo, à incorporação do conceito de cidadania e de suas múltiplas manifestações na sociedade civil” (Fernandes, 1997: 27). Ainda em relação a este conceito, Ruth Cardoso o considera como sendo um espaço de participação e experimentação de novos modos de pensar e agir sobre a realidade social (Cardoso, 1997).

POLÍTICAS DE SAÚDE

O nível local é valorizado por Barnes (1987) quando pensa as sociedades complexas e as áreas de sombra, movimentos, ações em rede, que são mais bem apreendidas pela via de matrizes referidas ao nível micro. O autor reconhece que a política como função pode ser buscada em instituições formalizadas, mas também em outras redes de relação. A idéia de fluidez das instituições se liga à idéia de contexto e de agência. A dimensão produtiva onde ocorre a ação é denominada contexto. No contexto podem surgir os chamados 'quase grupos' cuja volatilidade e aproximação se dá em situações específicas cuja lógica favorece a flexibilidade de tempo e espaço.

Retornando ao caso brasileiro no recorte do setor saúde, a inovação fica por conta da constituição dos conselhos municipais e das conferências de saúde. A constituição de órgãos colegiados também se fará em outros campos da política social, como a educação, a assistência social, o meio ambiente etc. Com isso, os processos decisórios começam a apresentar características 'conselhistas', pois, como bem aponta Sonia Draibe,

a intensificação da ação e da participação dos "clientes" nas políticas de Welfare parece estar constituindo, em quase todo o mundo, tendência a diminuir o grau de passividade com que anteriormente eram aquelas recebidas e, mais do que "dinamizar" os direitos sociais, rearticulam o espaço, a trama social na qual se processam as políticas. (Draibe, 1990: 36)

Ainda de acordo com Draibe:

Em outras palavras, as associações de vizinhança, de moradia, os organismos comunitários, as organizações voluntárias de todo o tipo que se formam nas e para as políticas sociais estariam expressando aquele movimento social mais profundo de contínua reorganização do tecido social (...). (Draibe, 1990: 36)

O reconhecimento e a valorização do princípio da descentralização das políticas sociais se encontram, por conseguinte, com o fortalecimento do espaço local, como *locus* da realização efetiva da ação governamental no desenvolvimento das políticas públicas. Torna-se premente substituir o caráter hierarquizador e centralizador da condução da política do sistema de saúde por uma lógica fundada no espaço local.

É neste contexto de deslocamento da esfera da gestão que os municípios passam a ter a responsabilidade de constituir serviços de saúde que atendam à demanda real da população. Neste sentido, a oferta de estruturas assistenciais em saúde passa a considerar elementos locais; o cuidado aos problemas de

PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

saúde deve ser ofertado por uma rede de serviços de base territorial. A relevância territorial desta rede de serviços pode ser associada ao fato de, em uma dimensão ampla, colocar em contato com os vínculos sociais dos sujeitos, mas também com o fato de na sociedade brasileira nos depararmos com uma certa informalidade, que sustenta, por vezes, uma gama de ações sociais, de solidariedade e de resolução de necessidades. Alguns vão denominar esta informalidade como o famoso 'jeitinho brasileiro'.

Comentários e Perspectivas: à guisa de considerações finais

Para finalizar este artigo, mencionamos algumas considerações a título de reflexão. A presença de segmentos da sociedade organizados em entidades representativas e de defesa de interesses acaba por constituir formas inovadoras de participação política de clientelas, específicas ou não, que se encontram fora das discussões, formulações e implementações das políticas públicas, a respeito da oferta de equipamentos produtores de bem público. Isto se dá, pois, em um campo largamente dominado pelos atores tradicionais da representação política – partidos e sindicatos. É claro que estes ainda são os dominantes, no que se refere à representação, mas já não são os únicos da participação. E aqui destaco a presença de associações que reúnem portadores de patologias e simpatizantes.

A importância da existência de associações civis em sociedades democráticas há muito tempo é enfatizada, pelo fato de as mesmas, ao realizarem a sua ação, acabarem incorporando, reforçando e difundindo normas e valores da comunidade cívica (Putnam, 1996). A ênfase em tal fato pode ser encontrada em uma das obras clássicas da ciência política *A Democracia na América* (1977), de Alexis de Tocqueville. Nesta obra, Tocqueville atribui grande importância à propensão dos americanos para formar organizações civis e políticas das mais diversas formas e orientações. Enfatiza que no país mais democrático os homens aperfeiçoaram a busca em comum do objeto de seus desejos, e até podemos dizer de seus interesses.

Um dos aspectos da relevância da presença dos mais diversos grupos sociais organizados em associações civis está no fato de representarem a construção de identidades democráticas no marco das instituições representativas constituindo como fim e não como simples meio formas participativas de sociabilidade, solidariedade e de autonomia perante as instituições participativas tradicionais.

POLÍTICAS DE SAÚDE

O protagonismo do cidadão, ao participar efetivamente das questões relacionadas à oferta de serviços públicos, de reivindicar a disponibilidade de recursos para o enfrentamento de suas necessidades de saúde, propicia a construção/consolidação de uma consciência social que será mais ativa ou não, a partir da capacidade organizativa de uma cultura de participação democrática e produtora de capital social. Ou seja, em sua atuação, os grupos sociais específicos – no caso as associações civis, associações voluntárias, movimentos sociais – no acompanhamento e desenvolvimento das políticas sociais, propostas pelas instâncias democráticas, procuram perceber as implicações de tais ações *vis a vis* à implementação das políticas. Isto porque, tem-se a compreensão de que toda a cesta de oferta de serviços sociais está vinculada à formulação de políticas públicas, por conseguinte, às instituições públicas. Neste caso, o Estado tem na política pública seu território, sendo este estendido, como uma arena, aos grupos societários que terão acesso a essa política, seja como clientes individuais ou como grupos de interesse (Souza, 1999, 2001).

Diante do exposto até o momento, pode-se assinalar que a participação popular e o controle social, apesar de estarem institucionalizados a partir da constituição de fóruns participativos como as conferências e os conselhos de saúde, contudo, não garantem 'magicamente' a igualdade de oportunidades de acesso ao espectro social como um todo, pois alguns cidadãos não alcançam o circuito da participação social, ou seja, não estão representados e não possuem organização para tal fato.

Consideramos ainda que não foram eliminadas as desigualdades de caráter reivindicatório entre os diversos segmentos sociais que atuam em tais fóruns, pois, ao considerarmos a questão da representação, pelos conselhos e conferências, das reais aspirações da sociedade, deparamo-nos com um campo de conflitos entre os diversos componentes. Tais conflitos são gerados pelo fato de termos uma composição de atores com diferentes inserções sociais e aspirações e preocupações distintas, ou seja, os interesses e projetos dos atores nem sempre são coincidentes. Por exemplo: alguns gestores, ao participarem do processo, apresentam uma preocupação em criar/garantir legitimidade da ação governamental; alguns representantes dos trabalhadores de saúde por vezes direcionam suas ações para questões relacionadas ao trabalho, boas condições de salário, aperfeiçoamento profissional; já outros representantes dos usuários apresentam preocupações com a resolução de seus problemas específicos. Tais

PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

fatos acabam por vezes produzindo uma ação política voltada para uma dimensão mais particular, e conseqüentemente, levando a um afastamento da perspectiva mais coletiva.

Contudo, *grosso modo*, pode-se dizer que, entre as formas de mobilização e organização societais, identificamos os movimentos sociais e também as chamadas associações civis ou voluntárias. Tais associações seriam decorrentes de processos interativos e aglutinadores conduzidos por atores sociais preocupados em alcançar, por meio de esforços estáveis, soluções organizacionais para suas carências, problemas e objetivos. Para isso, vão-se inserir em arenas decisórias e de deliberação a respeito da condução de políticas públicas. A força de sua continuidade encontra-se na eficácia de suas atividades e na consecução de seus objetivos. Desta forma, ao realizarem suas ações com a intenção de alcançar seus objetivos, tais grupos amadurecem sentimento de cidadania; por conseguinte, projetam um sentimento de pertencimento social, coletivo, na busca por melhor qualidade de vida da população, e com isso realizam a construção e o desenvolvimento de práticas participativas democráticas, indutoras de capital social.

Referências

- ABU-EL-HAJ, J. *A Mobilização do Capital Social no Brasil: o caso da reforma sanitária no Ceará*. São Paulo: Annablume, 1999.
- ALVAREZ, M. C. Controle Social: notas em torno de uma noção polêmica. *São Paulo em Perspectiva*, 18(1): 168-176, 2004.
- AVRITZER, L. A ampliação da participação no Brasil: a dimensão estadual e a questão do empoderamento. In: LUBAMBO C.; COELHO, D. B. & MELO, M. A. (Orgs.) *Desenho Institucional e Participação Política – experiências no Brasil contemporâneo*. Petrópolis: Vozes, 2005.
- BAQUERO, M. Construindo uma outra sociedade: o capital social na estruturação de uma cultura política participativa no Brasil. *Revista de Sociologia & Política*, 21: 83-108, 2003.
- BARNES, J. A. Redes sociais e processo político. In: FELDMAN-BIANCO, B. (Org.) *Antropologia das Sociedades Contemporâneas: métodos*. São Paulo: Global, 1987.
- BORBA, J. & SILVA, L. L. Sociedade civil ou capital social? Um balanço teórico. In: BAQUERO, M. & CREMONESE, D. (Orgs.) *Capital Social – teoria e prática*. Ijuí: Unijuí, 2006.

POLÍTICAS DE SAÚDE

- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Seis décadas de história: conferências nacionais de saúde – Coletânea de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- CARDOSO, Ruth C. L. Fortalecimento da sociedade civil. In: IOSCHPE, Evelyn Berg (org.). *Terceiro setor: desenvolvimento social sustentado*. São Paulo / Rio de Janeiro: Gife/Paz e Terra, 1997.
- CARVALHO, B. G.; PETRIS, A. J. & TURINI, B. Controle social em saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A. & CORDONI JR., L. (Orgs.) *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: UEL, 2001.
- COLEMAN, J. S. *Foundations of Social Theory*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press, 1990.
- CÔRTEZ, S. M. V. Fóruns participativos e governança: uma sistematização das contribuições da literatura. In: LUBAMBO, C.; COELHO, D. B. & MELO, M. A. (Orgs.) *Desenho Institucional e Participação Política: experiências no Brasil contemporâneo*. Petrópolis: Vozes, 2005.
- CUNILL GRAU, N. A rearticulação das relações Estado-Sociedade: em busca de novos significados. *Revista do Serviço Público*, Ano 47, 120(1):113-140, jan-abr., 1996.
- DRAIBE, S. M. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas. In: *Para a Década de 90 – Prioridades e Perspectivas de Políticas Públicas*. Brasília: Ipea, Iplan, 1990. (Políticas Sociais e Organização do Trabalho, v. 4)
- EMIRBAYER, M. & GOODWIN, J. Network analysis, culture and agency. *American Journal of Sociology*, 99(6): 1411-1454, 1994.
- FERNANDES, R. C. O que é o Terceiro Setor? In: IOCHPE, E. (Org.) *3º Setor: desenvolvimento social sustentado*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.
- FONTES, B. A. S. M. Capital social e terceiro setor: sobre a estruturação das redes sociais e associações voluntárias. *Caderno CRH*, 30/31: 239-264, 1999.
- GUIZARDI, F. L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Physis*, 14 (1): 15-39, 2004. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?>.
- LABRA, M. E. & FIGUEIREDO, J. St. A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3): 537-547, 2002.
- MOISÉS, J. A. Contradições urbanas, movimentos sociais e o Estado. In: MOISÉS, J. A. (Org.) *Cidade, Povo e Poder*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- MOREIRA, M. C. N. A dimensão política do associativismo voluntário: interfaces entre representação e sociabilidade. In: FONTES, B. & MARTINS, P. H. (Orgs.) *Redes, Práticas Associativas e Gestão Pública*. Recife: UFPE, 2006.
- NEDER, R. T. *Figuras do Espaço Público Contemporâneo: associações civis, fundações e ONGs no Brasil*. Campinas: IFCH, Unicamp, 1997. (Primeira Versão, n. 70)

PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

- OFFE, C. *Capitalismo Desorganizado*. 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- PEREIRA, C. Em busca de um novo perfil institucional do Estado: uma revisão crítica da literatura recente. *BIB – Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, 44 (2): 81-104, 1997.
- PUTNAM, R. D. *Comunidade e Democracia: a experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 1996.
- SOUZA, W. da S. *Associações de Usuários e Familiares Frente à Implantação da Política de Saúde Mental no Município do Rio de Janeiro (1991-1997)*, 1999. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: DCS, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
- SOUZA, W. da S. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4): 933-939, 2001.
- TOCQUEVILLE, A. de. *A Democracia na América*. Belo Horizonte, São Paulo: Itatiaia, Edusp, 1977.
- VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (supl. 2): 7-18, 1998.
- VALLA, V. V.; ASSIS, M. & CARVALHO, M. *Participação Popular e os Serviços de Saúde: o controle social como exercício da cidadania*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 1993.
- WERNECK VIANNA, L. & CARVALHO, M. A. R. Experiência brasileira e democracia. In: CARDOSO, S. (Org.) *Retorno ao Republicanismo*. Belo Horizonte: UFMG, 2004.

Configuração Institucional e o Papel dos Gestores no Sistema Único de Saúde

*Cristiani Vieira Machado
Luciana Dias de Lima
Tatiana Wargas de Faria Baptista*

Introdução

Este artigo discute os principais aspectos referentes à configuração institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque para a atuação das instâncias coletivas de negociação da política e ao papel dos gestores das três esferas de governo na saúde.

Com o objetivo de subsidiar a reflexão sobre esses temas, inicialmente são discutidos alguns conceitos relativos ao sistema político federativo e suas implicações para a proteção social em saúde. A seguir, abordam-se as especificidades do federalismo brasileiro e do processo de descentralização em saúde no Brasil pós-1988. A configuração institucional do SUS e as características das instâncias coletivas de negociação e decisão sobre a política são objeto do terceiro tópico do texto. Por fim, discute-se o papel dos diferentes gestores do SUS, bem como os principais desafios colocados ao aprimoramento da intervenção do Estado na saúde nas três esferas de governo.

Federalismo e Proteção Social em Saúde: conceitos básicos

A principal característica do sistema político federativo é a difusão de poder e de autoridade em muitos centros, de modo que o governo nacional e os subnacionais têm poderes únicos e concorrentes para governar sobre o mesmo território e as mesmas pessoas.

Apesar da variedade de abordagens teóricas e das controvérsias em relação ao tema,¹ um conceito comumente aceito de federalismo é apresentado

¹ Almeida (2001) salienta a diversidade de abordagens possíveis sobre o federalismo – histórica, econômica, jurídica, política – e faz um balanço dos principais autores no âmbito da ciência política, destacando o federalismo como um campo temático ainda em desenvolvimento e a dificuldade de estabelecimento de consensos mínimos.

POLÍTICAS DE SAÚDE

por Elazar (1987), que define o federalismo como um conjunto de instituições políticas que dão forma à combinação de dois princípios: autogoverno e governo compartilhado (*self rule plus shared rule*), implicando um compromisso entre difusão e concentração de poder político em função da luta política e concepções predominantes sobre os contornos do Estado nacional e os graus desejáveis de integração política e equidade social.

A estrutura federativa também pode ser vista como uma resposta ao problema de como construir e manter um Estado Nacional em contextos marcados por grande heterogeneidade territorial e diversidade de interesses, em que há pressões por autonomia política local. Como sinaliza Abrucio (2004), em países imensos e heterogêneos (do ponto de vista religioso, étnico, lingüístico, cultural, social), uma 'situação federativa' se impõe para que seja possível preservar a idéia de Nação. No entanto, uma federação só pode existir efetivamente em condições institucionais democráticas que permitam constituir e preservar governos próprios e independentes.

Em um país federativo, os entes federados têm seu poder estabelecido constitucionalmente e não agem por transferência do poder central. Portanto, as federações são estruturas não-centralizadas por definição (Almeida, 2001), em que se coloca o desafio de uma soberania compartilhada, visto que a existência de competências legislativas concorrentes e de responsabilidades compartilhadas na oferta de bens e serviços é própria à essência do federalismo.

Portanto, um traço do federalismo é a flexibilidade institucional que, se por um lado torna difícil a definição *a priori* de um modelo mais adequado de repartição de responsabilidades, por outro possibilita ajustes *ad hoc* nos processos de formulação de políticas públicas e de descentralização (Dente, 1997). Esse é um dos motivos pelos quais Watts (1999) afirma que as definições constitucionais e legais são importantes, mas não são suficientes para a compreensão dos arranjos políticos concretos na implantação de políticas públicas em sistemas federativos.

Resumidamente, pode-se dizer que o sistema federativo envolve pelo menos três idéias básicas: a) a idéia de igualdade entre entes federados; b) a idéia de integridade, ou seja, de esferas autônomas; c) a idéia de cooperação ou de pacto entre as esferas de governo.

Considerando os elementos teórico-conceituais apontados, quais seriam as implicações do sistema político federativo para as políticas sociais em geral e para a política de saúde em particular, no contexto atual?

CONFIGURAÇÃO INSTITUCIONAL E O PAPEL DOS GESTORES

Em primeiro lugar, cabe ressaltar que historicamente os estados nacionais tiveram um papel fundamental na consolidação de sistemas de proteção social² abrangentes – como alguns países europeus – e na sua resistência às pressões por reformas radicais. Mais ainda, a garantia de direitos sociais universais por meio desses sistemas pode ser considerada uma expressão importante da democracia em vários países desenvolvidos.

Tais sistemas se assentam em concepções avançadas de cidadania e expressam distintos modelos de solidariedade, sendo os valores igualitários e os laços de identidade elementos importantes para a sua sustentação, mesmo em contextos de restrições à atuação do Estado Nacional. Nesse sentido, as transformações mundiais recentes, como a globalização e os processos de reforma dos Estados, com ênfase na descentralização, têm reacendido o debate federativo em novas bases, já que a idéia de federação, de certa forma, vem contrapor o elemento de identidade regional/local ao elemento igualitário nacional (Sharpe, 1997). Em outras palavras, o arranjo federativo suscita dilemas relacionados à compatibilização de valores e solidariedade nacional com autonomias e identidades locais.

Isso nos alerta para os desafios dos processos de descentralização de políticas públicas baseadas na idéia de cidadania nacional em países federativos. Abrucio (2004) identifica cinco questões principais que devem ser consideradas em qualquer modelo de descentralização: a) a constituição de um sólido pacto nacional; b) o ataque às desigualdades regionais; c) a criação de um ambiente contrário à competição predatória entre os entes subnacionais; d) a montagem de boas estruturas administrativas no plano subnacional; e) a democratização dos governos locais. Para o autor, descentralização e centralização devem ser vistas como processos complementares e não antagônicos, visto que a descentralização exige um projeto nacional, várias rodadas de negociação e a construção de capacidades, tanto dos governos subnacionais quanto do governo nacional.

Nas federações, as relações intergovernamentais na implementação das políticas sociais assumem formas peculiares, caracterizadas tanto pela negociação entre esferas de governo quanto pelo conflito de poder, no cerne do qual

² Entende-se proteção social como “ação coletiva de proteger os indivíduos contra os riscos inerentes à vida humana e/ou assistir necessidades geradas em diferentes momentos históricos e relacionadas com múltiplas situações de dependência” (Viana & Levcovitz, 2005: 17).

POLÍTICAS DE SAÚDE

está a definição do grau de jurisdição política autônoma do governo nacional e dos governos subnacionais (Almeida, 2001). O fato é que a concretização de políticas sociais fundadas em princípios igualitários nacionais e de operacionalização descentralizada requer a adoção de estratégias de 'coordenação federativa'.

Segundo estudos comparativos sobre as políticas de saúde em países federativos, os esforços de enfrentamento dessas questões variam entre as federações, mesmo porque o sistema político federativo é observado em países com diferentes modelos de sistema de saúde (Banting & Corbett, 2001; France, 2002). No entanto, as peculiaridades do arranjo e das instituições federativas, as relações e os mecanismos de coordenação intergovernamental representam elementos importantes para a dimensão da cidadania social em saúde.

Modelo Federativo e Descentralização em Saúde no Brasil

A análise histórica do federalismo no Brasil aponta que as origens do pacto federativo brasileiro remontam ao período imperial (Dolhnikoff, 2005), ainda que a instauração formal de um regime federativo tenha-se dado na Constituição republicana de 1891. A adoção desse regime no país esteve relacionada à idéia de permitir maior descentralização e autonomia, face ao descontentamento das elites regionais com a centralização monárquica, porém tratando de manter juntos membros que poderiam aspirar à existência como unidades político-territoriais independentes. A partir de então, um traço característico da história do federalismo brasileiro é a alternância entre períodos de centralização e descentralização, relacionados respectivamente com os regimes autoritários ou com a vigência da ordem democrática.

Na década de 1980, a associação entre democracia e descentralização de políticas se traduz no texto da Constituição de 1988, que redesenha a estrutura de Estado em uma lógica de federação descentralizada, com grande ênfase no papel dos municípios. Nos anos subseqüentes, de forma atrelada à democratização, à descentralização tributária e de poder, ocorre uma proliferação acelerada do número de municípios no país, muitos deles de pequeno porte.³

³ Souza (2002) assinala que entre 1988 e 1997 um total de 1.328 novos municípios foram criados no Brasil. Segundo dados do IBGE de 2001, mais de 75% dos municípios brasileiros têm menos de 25.000 habitantes, porém mais de 50% da população brasileira reside em municípios com mais de 100.000 habitantes.

CONFIGURAÇÃO INSTITUCIONAL E O PAPEL DOS GESTORES

O reconhecimento dos municípios como entes federativos com grande peso e responsabilidade em várias áreas da política pública representa um traço peculiar do federalismo brasileiro, que o distingue de todos os outros regimes federativos no mundo. Além disso, tal movimento compreende mudanças expressivas no caráter historicamente dual do federalismo brasileiro,⁴ fortalecendo na arena política os atores municipais e trazendo novos dilemas e desafios para a construção do pacto federativo no país. Se isso por um lado é favorável à democracia e à construção de um sistema efetivamente federativo, por outro lado, sabe-se que uma grande parcela dos municípios brasileiros não tem arrecadação própria significativa e depende das transferências fiscais de outras esferas de governo, com limitada capacidade de aumentar seu grau de independência política e financeira a partir do processo de descentralização. Além das restrições no campo da atividade econômica e capacidade financeira, ressalte-se que muitos desses municípios têm dificuldades de capacidade administrativa, de formação e de fixação de quadros públicos qualificados, o que limita as condições para o exercício do governo local.⁵

Em síntese, entre as especificidades do federalismo brasileiro que têm implicações para as políticas de saúde, pode-se destacar: a) a origem formal há mais de um século, porém o caráter ainda 'em construção' do federalismo brasileiro, em face dos longos períodos de autoritarismo centralizador na história do país e das transformações democráticas a partir dos anos 80; b) o peso dos estados e dos governadores em alguns momentos da história política nacional, inclusive a partir dos anos 80 (o que, entretanto, não significa uma atuação igualmente expressiva da esfera estadual em todas as áreas da política); c) o grande peso dos municípios a partir da Constituição de 1988, relacionado ao seu reconhecimento como entes federativos e à descentralização política e tributária com ênfase nos municípios; d) a existência de milhares de municípios de pequeno porte no país, e com limitada capacidade financeira e administrativa para desenvolver todas as responsabilidades sobre as políticas públicas que lhes são atribuídas; e) as marcantes desigualdades econômicas e sociais entre regiões, estados e principalmente entre municípios do país.

⁴ Para uma discussão do peso da esfera estadual e dos governadores em alguns momentos da história republicana brasileira, incluindo a década de 1980, ver Abrucio (1998).

⁵ A propósito da dependência financeira, ver Prado et al. (2003). Para uma discussão das implicações desse quadro de dependência e das dificuldades de capacidade administrativa, ver Souza (2002).

POLÍTICAS DE SAÚDE

No que diz respeito à saúde, o movimento sanitário brasileiro dos anos 80 logrou inscrever na Constituição de 1988 a saúde como direito de cidadania nacional e, ao mesmo tempo, a descentralização político-administrativa como uma das diretrizes do SUS. Cabe ressaltar que, na agenda da reforma sanitária brasileira, a diretriz de descentralização é vista como estratégia de democratização e incorporação de novos atores sociais (Teixeira, 1990) e também como elemento fundamental para a construção de sistema de saúde, implicando o estabelecimento de novas relações entre níveis de governo, entre instituições e entre serviços (Viana, 1995).⁶

Dessa forma, o processo de descentralização em saúde predominante no Brasil é do tipo político-administrativo, envolvendo não apenas a transferência de serviços, mas também a transferência de poder, responsabilidades e recursos, antes concentrados no nível federal, para estados e, principalmente, para os municípios. A década de 1990 testemunha a passagem de um sistema extremamente centralizado para um cenário em que centenas de gestores – municipais e estaduais – tornam-se atores fundamentais no campo da saúde.

Há relativo consenso sobre o fato de terem ocorrido avanços no âmbito da descentralização da gestão da política de saúde. Por outro lado, a descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não colide com algumas idéias neoliberais fortalecidas nos anos 90, que vão de encontro à ampliação do papel do Estado e dos direitos na área da saúde. Os ideais de democratização e de redução do tamanho do Estado, ainda que fundados em bases político-ideológicas diferentes, geraram um certo consenso acerca da descentralização e favoreceram o avanço desse processo (Levcovitz, Lima & Machado, 2001).

Não é por acaso que a descentralização na área da saúde nos anos 90 esbarra em dificuldades financeiras e institucionais, e o próprio avanço do processo evidencia problemas estruturais do sistema de saúde, ainda não equacionados. As características do sistema descentralizado são heterogêneas no território nacional, frente às diferentes possibilidades financeiri-

⁶ Sobre sociedade civil e políticas de saúde no Brasil, ver Braga, texto "A sociedade civil e as políticas de saúde no Brasil dos anos 80 à primeira década do século XXI", no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

CONFIGURAÇÃO INSTITUCIONAL E O PAPEL DOS GESTORES

ras e administrativas e as distintas disposições políticas de governadores e prefeitos.

Assim, a experiência brasileira de descentralização revela a complexidade de consolidar uma política nacional de saúde em um país imenso, desigual, com um sistema político federativo. Mais do que os indicadores quantitativos relativos à descentralização, importa compreender as condições em que o processo de descentralização ocorre, considerando os demais princípios do SUS de universalidade, igualdade, equidade, integralidade e participação social.

No que diz respeito à condução do processo de descentralização em saúde, Arretche (2000) assinala que, em países heterogêneos como o Brasil, é necessário o fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais do governo nacional ou da esfera que irá descentralizar funções. Estratégias de indução eficientemente desenhadas e implementadas pela esfera de governo interessada em descentralizar, que obtenham a adesão das demais esferas, podem compensar obstáculos estruturais de estados e municípios e melhorar a qualidade da ação destes governos, na medida em que tendam a minimizar custos ou ampliar benefícios relacionados à assunção de novas responsabilidades gestoras.

No caso brasileiro, a descentralização da política de saúde nos anos 90 contou com uma forte indução da esfera federal, mediante a formulação e implementação das Normas Operacionais (NO) do SUS e outras milhares de portarias editadas a cada ano pelas diversas áreas do Ministério da Saúde e demais entidades federais da saúde, em geral associadas a mecanismos financeiros de incentivo ou inibição de políticas e práticas pelos gestores estaduais, municipais e prestadores de serviços. No entanto, a forma de atuação federal predominante no período expressa excesso de regulamentação em alguns âmbitos e lacunas de atuação em áreas estratégicas para o fortalecimento da política pública de saúde (Machado, 2007).

Para a consolidação do SUS, um sistema de saúde baseado em uma concepção avançada de cidadania nacional, as questões relativas à coordenação federativa, às relações intergovernamentais e à redefinição dos papéis das três esferas de governo representam aspectos fundamentais, que são tratados nos próximos tópicos.

POLÍTICAS DE SAÚDE

Configuração Institucional do SUS: instâncias decisórias e estrutura de gestão

O modelo institucional proposto para o SUS é ousado no que concerne à tentativa de concretizar um arranjo federativo na área da saúde e fortalecer o controle social sobre as políticas, de forma coerente com os princípios e diretrizes do sistema.

Esse modelo pressupõe uma articulação estreita entre a atuação de: a) gestores do sistema em cada esfera de governo; b) instâncias de negociação e decisão envolvendo a participação dos gestores das diferentes esferas, a Comissão Intergestores Tripartite (no âmbito nacional) e as Comissões Intergestores Bipartites (uma por estado); c) conselhos de representação dos secretários de saúde no âmbito nacional (Conass e Conasems) e estadual (Cosems); d) conselhos de saúde de caráter participativo no âmbito nacional, estadual e municipal. A Figura 1 sistematiza o arcabouço institucional e decisório vigente no SUS.

Figura 1– Estrutura institucional e decisória do SUS



Fonte: Elaboração SAS/MS. Disponível em: <www.dtr2001.saude.gov.br/sas/ddga/RelacoesNiveisGov_arquivos/frame.htm>. Acesso em: out. 2003.

O arranjo institucional do SUS, portanto, prevê uma série de instâncias de pactuação, que envolvem diferentes níveis gestores do sistema e diversos segmentos da sociedade. Tal arranjo permite que vários atores, mesmo os não diretamente responsáveis pelo desempenho de funções típicas da gestão dos sistemas, participem do processo decisório sobre a política de saúde. O exercí-

CONFIGURAÇÃO INSTITUCIONAL E O PAPEL DOS GESTORES

cio da gestão pública da saúde é cada vez mais compartilhado por diversos entes governamentais e não-governamentais e exige a valorização e o funcionamento adequado dos espaços de representação e articulação dos interesses da sociedade.

Arretche (2003) sugere que a complexa estrutura institucional para a tomada de decisões no SUS, ainda não plenamente explorada pelos atores diretamente interessados em suas ações, pode contribuir para a realização dos objetivos da política de saúde, bem como propiciar respostas aos desafios inerentes à sua implementação.

No presente artigo, são abordados de forma sintética alguns aspectos referentes à atuação dos gestores do SUS, das comissões intergestores e dos conselhos de representação dos secretários de saúde.

Os gestores do SUS nas três esferas de governo

A Lei Orgânica da Saúde – Lei Federal n. 8.080, de 1990 (Brasil, 1990) – define que a direção do SUS é única em cada esfera de governo e estabelece como órgãos responsáveis pelo desenvolvimento das funções de competência do Poder Executivo na área de saúde o Ministério da Saúde no âmbito nacional e as secretarias de saúde ou órgãos equivalentes nos âmbitos estadual e municipal.

No jargão setorial, o termo 'gestor do SUS' passa a ser amplamente utilizado em referência ao ministro e aos secretários de saúde. Mas o que significa ser gestor do SUS? Mais do que um administrador, o gestor do SUS é a 'autoridade sanitária' em cada esfera de governo, cuja ação política e técnica deve estar pautada pelos princípios da reforma sanitária brasileira.

O reconhecimento de duas dimensões indissociáveis da atuação dos gestores da saúde – a política e a técnica – pode ajudar a compreender a complexidade e os dilemas no exercício dessa função pública de autoridade sanitária, a natureza dessa atuação e as possíveis tensões relativas à direcionalidade da política de saúde em um dado governo e ao longo do tempo.

Em primeiro lugar, cabe lembrar que o cargo de ministro ou de secretário de saúde tem significado político importante, sendo seu ocupante designado pelo chefe do Executivo, democraticamente eleito em cada esfera do governo (presidente, governador ou prefeito). Isso situa o gestor da saúde como integrante de uma equipe que tem a responsabilidade por um determinado 'projeto

POLÍTICAS DE SAÚDE

de governo', que terá de dar respostas ao chefe político em cada esfera e interagir com outros órgãos de governo.

Por outro lado, a autoridade sanitária tem a responsabilidade de conduzir as políticas de saúde segundo as determinações constitucionais e legais do SUS, que constituem um dado modelo de 'política de Estado' para a saúde. A interação 'projeto de governo – política de Estado setorial' tem de ser considerada na reflexão sobre a atuação dos gestores do SUS, visto que muitas vezes pode expressar tensões entre projetos com direcionalidades e prioridades diferentes que influenciam a possibilidade de continuidade e consolidação das políticas públicas de saúde.

A atuação política do gestor do SUS se expressa em seu relacionamento constante com diversos atores sociais, nos diferentes espaços de negociação e decisão existentes, formais e informais. O desempenho das funções do Poder Executivo, em um sistema político republicano e democrático como o Brasil e os objetivos a serem perseguidos na área da saúde exigem a interação do gestor com os demais órgãos de representação e atuação do governo, dos outros Poderes e da sociedade civil organizada, de caráter setorial ou extra-setorial.

A atuação técnica do gestor do SUS, permanentemente permeada por variáveis políticas, se consubstancia por meio do exercício das funções gestoras na saúde, cujo desempenho depende de conhecimentos, habilidades e experiências no campo da gestão pública e da gestão em saúde. Tais funções podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a condução de políticas na área da saúde.

As funções dos gestores da saúde nas três esferas de governo sofrem mudanças importantes no processo de implantação do SUS a partir do início dos anos 90, em grande parte relacionadas ao processo de descentralização. Tal discussão será aprofundada mais adiante no item referente ao papel dos gestores nas três esferas de governo.

As comissões intergestores na saúde

Face à necessidade de conciliar as características do sistema federativo brasileiro e as diretrizes do SUS, foram criadas na área da saúde as comissões intergestores. A estratégia associada à criação destas instâncias é a de propi-

CONFIGURAÇÃO INSTITUCIONAL E O PAPEL DOS GESTORES

ciar o debate e a negociação entre os três níveis de governo no processo de formulação e implementação da política de saúde, devendo submeter-se ao poder fiscalizador e deliberativo dos conselhos de saúde participativos.

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em funcionamento desde 1991 no âmbito nacional,⁷ tem 15 membros, sendo formada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, representantes dos secretários estaduais de Saúde indicados pelo Conass e representantes dos secretários municipais de Saúde indicados pelo Conasems, segundo representação regional.

Ao longo da década de 1990, a CIT se consolidou como canal fundamental de debate sobre temas relevantes da política nacional de saúde, promovendo a participação de estados e municípios na formulação desta política por meio dos seus conselhos de representação nacional e incentivando, ainda, a interação permanente entre gestores do SUS das diversas esferas de governo e unidades da federação. A atuação da CIT se destaca particularmente nas negociações e decisões táticas relacionadas à implementação descentralizada de diretrizes nacionais do sistema e aos diversos mecanismos de distribuição de recursos financeiros federais do SUS.

A CIT foi de fundamental importância no processo de debate e negociações referentes à elaboração das normas operacionais do SUS que, por sua vez, afirmaram o papel das comissões intergestores na formulação e implementação das políticas de saúde. Vale também assinalar que é comum a formação de grupos técnicos compostos por representantes das três esferas, que atuam como instâncias técnicas de negociação e de processamento de questões para discussão posterior na CIT. Sua dinâmica tem favorecido a explicitação e o reconhecimento de demandas, conflitos e problemas comuns aos três níveis de governo na implementação das diretrizes nacionais, promovendo a formação de pactos intergovernamentais que propiciam o amadurecimento político dos gestores na gestão pública da saúde (Lucchese et al., 2003). No entanto, algumas pesquisas sugerem que diversas questões e decisões estratégicas para a política de saúde não passam pela CIT ou são ali abordadas de forma periférica e que as relações entre

⁷ Instituída por meio da portaria ministerial n. 1.180, de 22 de julho de 1991, em conformidade com a recomendação do Conselho Nacional de Saúde, possuiu funcionamento assistemático nos anos de 1991/1992 e vem se reunindo rotineiramente desde 1993. Do início do ano de 1993 até dezembro de 1994, a CIT reuniu-se quinzenalmente. A partir de 1995, vem-se reunindo ordinariamente um dia a cada mês (Lucchese et al., 2003).

POLÍTICAS DE SAÚDE

gestores nessa instância têm caráter assimétrico no que tange ao poder de direcionamento sobre a política (Miranda, 2003; Machado, 2007).

As comissões intergestores bipartites (CIBs) foram formalmente criadas pela NOB de 1993. Esta norma estabelece a CIB como “instância privilegiada para de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS” (Brasil, 1993), ressaltando os aspectos relacionados ao processo de descentralização no âmbito estadual. Implantadas a partir de 1993, em cada estado há uma CIB, formada paritariamente por representantes do governo estadual indicados pelo Secretário de Estado de Saúde e representantes dos secretários municipais de saúde indicados pelo Cosems.

Essas instâncias, cujas reuniões em geral apresentam periodicidade mensal, discutem tanto questões relacionadas aos desdobramentos de políticas nacionais nos sistemas estaduais de saúde (a questão da distribuição de recursos federais do SUS é um tema freqüente) quanto referentes a agendas e políticas definidas no âmbito de cada estado.⁸ Atualmente, percebe-se uma ampliação gradativa da abrangência da pauta dessas reuniões, envolvendo temas relacionados à regionalização e hierarquização da assistência, mas também da organização de políticas de promoção e prevenção – plano de combate ao dengue, vigilância sanitária, entre outros. As discussões cada vez mais freqüentes sobre os elementos próprios, constitutivos dos sistemas estaduais e locais de saúde, fazem com que as CIBs se estabeleçam também como espaços de formulação da política estadual e planejamento de ações.

Assim como na CIT, o processo decisório nas CIBs se dá por consenso, visto que é vedada a utilização do mecanismo do voto, visando estimular o debate e a negociação entre as partes. A participação nas reuniões mensais geralmente é aberta a todos os secretários municipais e às equipes técnicas das secretarias, embora o poder de decisão se limite aos membros formais da Comissão. Desta forma, muitas vezes as reuniões da CIB são momentos de intenso debate e interação entre as equipes municipais e destas com a estadual. As CIBs vêm se tornando para os municípios a garantia de informação e atualização dos instrumentos técnico-operativos da política de saúde, de

⁸ Um estudo de caso da CIB do estado do Rio de Janeiro mostrou uma tendência da pauta e tempo de discussão desta instância ser dominado por questões definidas nacionalmente, com repercussões nas políticas estaduais (Lima, 2001).

CONFIGURAÇÃO INSTITUCIONAL E O PAPEL DOS GESTORES

implementação dos avanços na descentralização do sistema de saúde e de fiscalização das ações do estado na defesa de seus interesses, principalmente com relação à distribuição dos recursos transferidos pelo nível federal.

Em grande parte dos estados, há câmaras técnicas bipartites que também se reúnem mensalmente, antes da reunião da CIB, visando debater e processar as questões com vistas a facilitar a decisão dos representantes políticos na CIB. Em outros estados, essas câmaras não existem de forma permanente, mas é comum a formação de grupos técnicos para a discussão de temas específicos.

As CIBs permitiram uma adaptação das diretrizes nacionais do processo de descentralização na década de 1990, em nível estadual, propiciando a formação de acordos sobre a partilha da gestão dos sistemas e serviços de saúde entre os diferentes níveis de governo. Estes arranjos – relativamente descentralizantes, mais ou menos organizativos para os sistemas – refletem não só a capacidade gestora, a qualificação gerencial das secretarias estaduais de saúde (SES) e das secretarias municipais de saúde (SMS), como também o grau de amadurecimento das discussões e as particularidades locais e regionais do relacionamento entre as diferentes instâncias de governo.

A prerrogativa de decisão da CIB no que concerne à transferência de responsabilidades de gestão (do sistema e dos serviços) entre os entes federativos levou a uma grande variedade de modelos de gestão de sistemas e serviços nos diferentes estados e municípios. Assim, mesmo os municípios habilitados em uma mesma condição de gestão definida pelas normas operacionais do SUS possuem características bastante distintas no que se refere ao perfil de sua rede de saúde, capacidades e autonomia de gestão. Ou seja, as CIBs, ao adequarem as normas nacionais às condições específicas de cada estado, flexibilizaram o processo de descentralização e possibilitaram ajustes às particularidades locais e regionais do relacionamento entre as instâncias de governo.

Mais recentemente, tem-se discutido em que medida as decisões da CIT e da CIB tendem a colidir ou ultrapassar as decisões dos conselhos de saúde, pois se percebe que, gradativamente, devido ao seu caráter mais especializado e restrito, as comissões intergestores passam a influenciar a agenda de discussão no âmbito dos conselhos e a tomada de decisão nestas instâncias.

Outro ponto que merece uma reflexão mais aprofundada é se as comissões intergestores têm-se tornado, nestes últimos anos, espaços de delibera-

POLÍTICAS DE SAÚDE

ção importante sobre a política de saúde. As comissões, por seu caráter paritário, podem colocar em situação de igualdade gestores de diferentes níveis de governo. No âmbito nacional, estados e municípios são responsabilizados por interferir em questões mais amplas que ultrapassam a sua esfera de ação. No âmbito estadual, a representação de municípios se equipara formalmente à estadual. Sabe-se que a União e os governos estaduais têm-se respaldado pelas negociações e consensos formados no âmbito das comissões intergestores para a formulação e implementação de suas políticas próprias. No entanto, não se tem clareza ainda do poder de influência destas instâncias sobre a agenda política dos governos e se estas, de fato, podem repercutir na autonomia de gestão própria do Executivo nacional, estaduais e municipais, no sistema federativo brasileiro.

Por outro lado, na área da saúde, é tarefa bastante complexa separar de forma tão nítida os espaços territoriais de influência política de cada esfera de governo. Não por acaso, a perspectiva de construção de sistema sempre foi uma dimensão importante na análise do processo de descentralização da gestão do sistema de saúde, já que as diretrizes de regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde demandam a formação e gestão de redes de atenção à saúde não-circunscritas a uma única unidade político-administrativa da Federação. Isto porque, na maioria das vezes, os fatores que determinam os problemas de saúde não respeitam as fronteiras dos territórios político-administrativos. Além disso, como já enfatizado anteriormente, a maior parte dos municípios brasileiros e muitos estados não possui condições de prover em seu território todas as ações e serviços necessários à atenção integral de seus cidadãos e possui recursos (financeiros, materiais e humanos) bastante diferenciados entre si.

A formulação de políticas voltadas para problemas de saúde comuns a vários municípios ou estados e a articulação entre serviços situados em distintas unidades político-administrativas e submetidos ao comando de diferentes gestores do SUS ressalta a importância do funcionamento das comissões intergestores e de outras modalidades de coordenação intergovernamental.

Os conselhos de representação dos secretários de saúde

O Conass, que é o conselho de representação nacional dos secretários estaduais de saúde, foi fundado em 1982. O objetivo era tornar o conjunto das

CONFIGURAÇÃO INSTITUCIONAL E O PAPEL DOS GESTORES

secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal mais atuantes no processo de reforma da saúde em uma conjuntura de abertura política e de redemocratização do país.

A lei federal n. 8.142/90 (Brasil, 1990), ao dispor sobre a participação da sociedade na gestão do SUS, define o Conass como representante dos estados no Conselho Nacional de Saúde. Já a NOB SUS 01/93 (Brasil, 1993) estabelece a participação do Conass na CIT, legitimando seu papel na formulação e implementação da política nacional de saúde. Mas foi, ao longo da década de 1990, na luta por recursos estáveis para o sistema de saúde brasileiro e para ampliação do processo de descentralização da gestão do SUS, que o Conass progressivamente firmou-se como entidade representativa de gestores.

Entre os órgãos diretivos do Conass, destacam-se sua diretoria, formada por um presidente e quatro vice-presidentes regionais e assembleia geral. A assembleia geral é o órgão máximo da entidade, com poderes deliberativos e normativos da qual fazem parte todos os seus membros efetivos. As reuniões da assembleia geral são ordinárias ou extraordinárias, sendo realizadas no mínimo seis vezes ao ano. A assembleia geral tem competência para eleger os órgãos diretivos do Conass, para deliberar e normatizar sobre todos os assuntos de interesse do SUS e do conjunto das secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal.

A diretoria do Conass é assessorada tecnicamente por uma secretaria executiva desde novembro de 2002 (antiga secretaria técnica do Conass), formada por técnicos, geralmente egressos das secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal. Subordinada à secretaria executiva existem as câmaras técnicas, como as de Planejamento, Epidemiologia, de Recursos Humanos, de Assistência Farmacêutica, Informática e Informação, e de Regulação, Controle e Avaliação. Além das atividades de assessoria à diretoria, a secretaria executiva possui outras responsabilidades, tais como: representação e participação ativa nas negociações técnicas com os municípios e o MS e outras instâncias decisórias do SUS; criação de instrumentos de difusão de informação entre as equipes das SES e outros profissionais de saúde; desenvolvimento de pesquisas e estudos de interesse comum dos gestores; apoio e assessoria direta a secretarias de estado de saúde, em temas específicos.

A formação do Conasems é também anterior à legislação do SUS. Suas origens remontam a uma série de encontros entre secretários de saúde realiza-

POLÍTICAS DE SAÚDE

dos desde o início da década de 1980 e se confundem com o movimento municipalista que se fortaleceu no contexto de democratização e desempenhou um papel importante na Reforma Sanitária brasileira. A primeira diretoria do Conasems foi empossada em 1988.

Entre os órgãos de direção do Conasems destacam-se sua diretoria, composta por um presidente e um vice-presidente e cinco vice-presidências regionais, além de várias secretarias extraordinárias formadas sobre temas específicos. Para melhorar a articulação entre os milhares de gestores municipais no país, o Conasems realiza encontros nacionais periódicos (no mínimo anuais) e conta com um conselho de representantes por estados (Conares), que reúne periodicamente os presidentes de todos os Cosems estaduais.

A lei n. 8.142/90 estabelece que o Conasems tem representação no Conselho Nacional de Saúde e NOB n. 01/93 estabelece que esse conselho deve integrar a Comissão Intergestores Tripartite. Desta forma, o Conasems representa o canal legítimo e formal de participação dos secretários municipais na formulação e implementação da política nacional de saúde.

Em cada estado existem representações estaduais dos secretários municipais de saúde, usualmente denominados Consems. A NOB SUS n. 01/93 também estabelece que o órgão de representação dos secretários municipais de saúde no estado integre a CIB (incluindo a presença do secretário municipal da capital como membro nato), o que assegura a participação dos gestores municipais nas decisões sobre a política de saúde no âmbito estadual. Os critérios para seleção da representação dos secretários municipais na CIB diferem muito entre os estados.

O Conass, Conasems e os Cosems estaduais são espaços importantes para a articulação política entre os gestores e formação dos pactos horizontais (ou transversais) nas relações federativas da saúde, envolvendo esferas do mesmo nível de governo. São também instâncias de apoio técnico às secretarias de saúde, especialmente as com piores condições administrativas e as situadas em municípios de menor porte. A forma de organização, de articulação entre os secretários e de divulgação de informações por esses conselhos, em geral, diferem bastante, sendo comuns: a realização de assembléias gerais e/ou de encontros regionais, jornais periódicos, mala-direta, internet e e-mail.

Ressalta-se a pouca produção e investigação sobre o modo de funcionamento destas instâncias, particularmente, seu processo decisório interno, for-

CONFIGURAÇÃO INSTITUCIONAL E O PAPEL DOS GESTORES

mas de representação e articulação dos interesses regionais e locais, poder de interferência sobre a política nacional e estadual de saúde e sobre as decisões tomadas nas instâncias decisórias do SUS, como as comissões intergestores.

O Papel das Três Esferas de Governo na Saúde

A atuação do gestor do SUS se consubstancia através do exercício das funções gestoras na saúde. As funções gestoras podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde, que devem ser exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública.

Simplificadamente, pode-se identificar quatro grandes grupos de funções ou 'macrofunções' gestoras na saúde:

- formulação de políticas/planejamento;
- financiamento;
- regulação, coordenação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores, públicos ou privados);
- prestação direta de serviços de saúde.

Cada uma dessas macrofunções compreende, por sua vez, uma série de subfunções e de atribuições dos gestores. Por exemplo, dentro da macrofunção de formulação de políticas/planejamento estão incluídas as atividades de diagnóstico de necessidades de saúde, identificação de prioridades e programação de ações, entre outras.

A legislação do SUS e diversas normas e portarias complementares editadas a partir dos anos 90 empreenderam esforços no sentido de definir e diferenciar o papel dos gestores da saúde nas três esferas. No entanto, a análise das funções delineadas para a União, estados e municípios no terreno das políticas de saúde no âmbito legal e normativo evidencia que o sistema brasileiro se caracteriza pela existência de atribuições concorrentes entre as esferas de governo sem que existam padrões de autoridade e responsabilidade claramente delimitados, o que é comum em países federativos. Na maior parte das vezes, observa-se uma mistura entre a existência de competências concorrentes e competências específicas de cada esfera.

Compreender as atribuições dos gestores do SUS nos três níveis de governo requer, portanto, uma reflexão sobre as especificidades da atuação de

POLÍTICAS DE SAÚDE

cada esfera no que diz respeito a essas macrofunções gestoras, de forma coerente com as finalidades de atuação do Estado em cada nível de governo, com os princípios e objetivos estratégicos da política de saúde e para cada campo de atuação do Estado na saúde (assistência à saúde, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, desenvolvimento de insumos para a saúde, recursos humanos, entre outros).

O processo de implantação do SUS, particularmente a descentralização político-administrativa, reconfigura as funções dos gestores das três esferas no sistema de saúde, que pode se expressar de forma diversificada, de acordo com o campo de atenção à saúde. Por exemplo, nos campos da vigilância epidemiológica e sanitária, cujos processos de descentralização são mais recentes, observam-se esforços de divisão de atribuições entre estados e municípios baseados em uma lógica de repartição por complexidade.

De forma geral, a análise do período de 1990 a 2005 sugere as seguintes mudanças e tendências:

Formulação de políticas e planejamento: a função de formulação de políticas e planejamento é uma atribuição comum das três esferas de governo, cada uma em sua esfera de atuação, sendo estratégica a ação dos governos federal e estaduais para a redução das desigualdades regionais e locais. De modo geral, a formulação de políticas tem sido compartilhada entre os gestores do SUS, no âmbito das Comissões Intergestores e com outros atores sociais, por meio dos Conselhos de Saúde, embora isso não se dê de forma homogênea entre os diversos temas da política. Em que pese os esforços das esferas estaduais e municipais para elaboração de seus Planos de Saúde e as iniciativas de regulamentação deste processo, o conteúdo dos planos e a abrangência das ações planejadas variam enormemente no território nacional. Na esfera federal, apenas recentemente se registram instrumentos de planejamento formais que envolvam uma explicitação clara de prioridades e estratégias, como a Agenda Nacional de Prioridades (em 2001) e um Plano Nacional de Saúde plurianual (publicado em 2004).

Financiamento: a responsabilidade pelo financiamento da saúde, segundo a legislação, deve ser compartilhada pelas três esferas de governo. A definição legal de um Orçamento da Seguridade Social, as características do sistema tributário e as desigualdades da federação brasileira destacam a importância do financiamento federal na saúde. De fato, o peso do governo federal no finan-

CONFIGURAÇÃO INSTITUCIONAL E O PAPEL DOS GESTORES

ciamento da saúde ainda é importante, embora a participação relativa da esfera federal no gasto público em saúde tenha diminuído ao longo da década de 1990 ao mesmo tempo em que houve um aumento relativo da participação dos municípios. Observa-se um aumento progressivo das transferências federais diretas para os gestores estaduais e municipais, tendo em vista o custeio das ações e serviços do SUS, que passam a exercer maiores responsabilidades sobre a execução dos recursos de origem federal. Entretanto, grande parte dessas transferências é condicionada ou vinculada a ações e programas específicos, restringindo o poder de decisão dos demais gestores sobre os recursos totais. Os três gestores são responsáveis pela realização de investimentos que, em geral, não têm sido suficientes para a redução das desigualdades em saúde.

Regulação, coordenação, controle e avaliação: a responsabilidade de regulação sobre prestadores se desloca cada vez mais para os municípios, enquanto o Ministério da Saúde tem exercido seu poder regulatório principalmente sobre os sistemas estaduais e municipais, por meio de normas e portarias federais, atreladas a mecanismos financeiros. Aos estados, cabe a regulação e coordenação de sistemas municipais, o apoio à articulação intermunicipal, a coordenação da distribuição dos recursos financeiros federais nos municípios, a implantação de estratégias de regulação da atenção, a avaliação do desempenho dos sistemas municipais nos vários campos e o apoio ao fortalecimento institucional dos municípios. Aos municípios, atribuem-se as funções relativas à coordenação do sistema em seu âmbito, como a organização das portas de entrada do sistema, o estabelecimento de fluxos de referência, a integração da rede de serviços, a articulação com outros municípios para referências, a regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados situados em seu território. A regulação sanitária continua sendo uma atribuição federal importante, comandada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), com atribuições progressivamente assumidas por estados e municípios. A regulação de mercados em saúde representa uma área estratégica de atuação federal, tendo em vista os fortes interesses econômicos envolvidos no setor saúde.

Prestação direta de ações e serviços: durante os anos 90 ocorre progressiva transferência de responsabilidades pela execução direta de ações e serviços para os estados e, principalmente, para os municípios, no âmbito da assistência à saúde, vigilância epidemiológica e vigilância sanitária. Grande parte dos municípios recebe unidades de saúde de outras esferas, expande o quadro

POLÍTICAS DE SAÚDE

de funcionalismo e a rede de serviços próprios. Ainda se destaca a importância da prestação direta de serviços pelo gestor estadual na região Norte do país. Atualmente, o gestor federal é executor direto de serviços em situações excepcionais (hospitais universitários e alguns hospitais federais localizados no município do Rio de Janeiro, Porto Alegre, Brasília e Belém).

O Quadro 1 sistematiza as principais atribuições dos gestores das três esferas de governo, organizadas pelas macrofunções descritas.

Quadro 1 – Resumo das principais atribuições dos gestores do SUS

	FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS E PLANEJAMENTO	FINANCIAMENTO	REGULAÇÃO, COORDENAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO	EXECUÇÃO DIRETA DE SERVIÇOS
FEDERAL	<ul style="list-style-type: none"> - identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito nacional. - papel estratégico e normativo. - manutenção da unicidade, respeitando a diversidade. - busca da equidade. - apoio e incentivo para o fortalecimento institucional e práticas inovadoras de gestão estadual e municipal. - planejamento e desenvolvimento de políticas estratégicas nos campos de tecnologias, insumos e recursos humanos. 	<ul style="list-style-type: none"> - garantia de recursos estáveis e suficientes para o setor saúde. - peso importante dos recursos federais. - papel redistributivo. - definição de prioridades nacionais e critérios de investimentos e alocação entre áreas da política e entre regiões/ estados. - realização de investimentos para redução de desigualdades. - busca da equidade na alocação de recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> - regulação de sistemas estaduais. - coordenação de redes de referência de caráter interestadual/nacional. - apoio à articulação interestadual. - regulação da incorporação e uso de tecnologias em saúde. - normas de regulação sanitária no plano nacional. - regulação de mercados em saúde (planos privados, insumos). - regulação das políticas de recursos humanos em saúde. - coordenação dos sistemas nacionais de informações em saúde. - avaliação dos resultados das políticas nacionais e do desempenho dos sistemas estaduais. 	<ul style="list-style-type: none"> - em caráter de exceção. - em áreas/ações estratégicas.
ESTADUAL	<ul style="list-style-type: none"> - identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito estadual. - promoção da regionalização. - estímulo à programação integrada. - apoio e incentivo ao fortalecimento institucional das secretarias municipais de saúde (SMS). 	<ul style="list-style-type: none"> - definição de prioridades estaduais. - garantia de alocação de recursos próprios. - definição de critérios claros de alocação de recursos federais e estaduais entre áreas da política e entre municípios. - realização de investimentos para redução de desigualdades. - busca da equidade na alocação de recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> - regulação de sistemas municipais. - coordenação de redes de referência de caráter intermunicipal. - apoio à articulação intermunicipal. - coordenação da PPI no estado. - implantação de mecanismos de regulação da assistência (ex: centrais, protocolos). - regulação sanitária (nos casos pertinentes). - avaliação dos resultados das políticas estaduais. - avaliação do desempenho dos sistemas municipais. 	<ul style="list-style-type: none"> - em caráter de exceção. - em áreas estratégicas: serviços assistenciais de referência estadual/regional, ações de maior complexidade de vigilância epidemiológica ou sanitária. - em situações de carência de serviços e de omissão do gestor municipal.
MUNICIPAL	<ul style="list-style-type: none"> - identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal. - planejamento de ações e serviços necessários nos diversos campos. - organização da oferta de ações e serviços públicos e contratação de privados (caso necessário). 	<ul style="list-style-type: none"> - garantia de aplicação de recursos próprios. - critérios claros de aplicação de recursos federais, estaduais e municipais. - realização de investimentos no âmbito municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> - organização das portas de entrada do sistema. - estabelecimento de fluxos de referência. - integração da rede de serviços. - articulação com outros municípios para referências. - regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados. - regulação sanitária (nos casos pertinentes). - avaliação dos resultados das políticas municipais. 	<ul style="list-style-type: none"> - peso importante na execução de ações/prestação direta de serviços assistenciais, de vigilância epidemiológica e sanitária. - gerência de unidades de saúde - contratação, administração e capacitação de profissionais de saúde.

CONFIGURAÇÃO INSTITUCIONAL E O PAPEL DOS GESTORES

Apesar dos avanços no âmbito da descentralização, das relações intergovernamentais e do exercício das atribuições dos gestores da saúde, persistem lacunas e desafios relativos ao papel do Estado na saúde nas três esferas de governo.

No que diz respeito à autoridade sanitária nacional – o Ministério da Saúde – é possível identificar os seguintes grandes desafios: a) a integração com outras áreas da política pública e a adoção de estratégias de planejamento integrado e de longo prazo, voltadas para a concretização da saúde como direito de cidadania; b) a garantia de recursos suficientes para o setor e a adoção de políticas de investimentos abrangentes, orientadas para redução das desigualdades em saúde; c) a garantia do desenvolvimento e provisão de insumos estratégicos para a saúde no âmbito nacional; d) a ordenação das políticas de recursos humanos para o SUS; e) a adoção de um modelo de intervenção mais adequado, com ênfase no diálogo e na cooperação intergovernamental, que combine a responsabilidade pela regulação da política nacional (em termos de busca de resultados mais eqüitativos) com o respeito à diversidade.

Já a esfera estadual foi de certa forma preterida no modelo de descentralização predominante no SUS nos anos 90, que enfatizou principalmente o papel dos municípios. Assim, várias secretarias estaduais permanecem desprovidas de recursos e incentivos adequados às suas 'novas' funções. Os recursos previstos para o financiamento do SUS continuam fortemente vinculados à oferta de serviços e não se sabe até que ponto os estados podem superar suas próprias dificuldades financeiras e administrativas sem que se sintam compelidos a disputar com os municípios os recursos de custeio do sistema.

Quanto aos gestores municipais, conforme mencionado, a imensa diversidade entre os municípios brasileiros faz com que se observem distintas capacidades políticas, institucionais e financeiras de exercício das responsabilidades e atribuições de gestão do sistema de saúde. Ressalte-se ainda que a descentralização de recursos financeiros nem sempre é acompanhada pela transferência efetiva de poder de decisão sobre as políticas de saúde, visto que a forte indução de políticas pelo Ministério da Saúde, por meio de incentivos financeiros vinculados a programas específicos, limita a autonomia dos municípios na definição da alocação de recursos de origem federal.

POLÍTICAS DE SAÚDE

Considerações Finais

A análise da política de saúde brasileira a partir de 1988 sugere uma série de inovações no sentido de construção de um arcabouço decisório e institucional que considere as especificidades do arranjo federativo brasileiro. Nesse sentido, as comissões intergestores e os conselhos de representação dos secretários constituem estratégias importantes de coordenação federativa na saúde.

O processo de descentralização político-administrativa também sugere avanços, embora tenha sido tensionado por restrições financeiras e políticas decorrentes da agenda de Reforma do Estado de caráter liberal hegemônica nos anos 90, que colide com os princípios da Reforma Sanitária brasileira, de universalidade, integralidade, igualdade e equidade. A evolução da descentralização, único ponto comum das duas agendas, ao mesmo tempo reconfigura o papel dos gestores do SUS e revela problemas estruturais e lacunas da política de saúde que exigem uma reorientação da atuação do Estado na saúde nas três esferas de governo, voltada para a consolidação do SUS e para a redução das desigualdades em saúde no país.

Referências

- ABRUCIO, F. L. *Os Barões da Federação*. São Paulo: Hucitec/Departamento de Ciência Política da USP, 1998.
- ABRUCIO, F. L. *Descentralização e Coordenação Federativa no Brasil: lições dos anos FHC*. Texto-base apresentado no Seminário Políticas Públicas e Pacto Federativo: a descentralização no Brasil: Curso de Aperfeiçoamento para a carreira de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental da Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, novembro de 2004. (Mimeo.)
- ALMEIDA, M. H. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais, BIB*, 51: 13-34, 2001.
- ARRETCHE, M. T. S. *Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro, São Paulo: Revan, Fapesp, 2000.
- ARRETCHE, M. T. S. Financiamento federal e gestão de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia (debate). *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2): 331-345, 2003.
- BANTING, K. & CORBETT, S. *Federalism and Health Care Policy: an introduction*. Texto para discussão apresentado no Health Policy and Federalism Workshop, realizado em São Paulo, Brasil, 15-16/ 10/ 2001.

CONFIGURAÇÃO INSTITUCIONAL E O PAPEL DOS GESTORES

- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei Orgânica da Saúde – lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 20 set 1990, p. 18.055. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>. Acesso em: 02 fev 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.
- DENTE, B. Governare in un contesto federale: quali lezioni per la transizione italiana? In: DENTE, B. et. al. (Orgs.) *Governare con il Federalismo*. Torino: Edizioni della Fondazione Giovanni Agnelli, 1997.
- DOLHNIKOFF, M. *O Pacto Imperial: origens do federalismo no Brasil do século XIX*. São Paulo: Globo, 2005.
- ELAZAR, D. J. *Exploring Federalism*. Tuscaloosa: The University of Alabama Press, 1987.
- FRANCE, G. Federalismo fiscal: experiências internacionais e modelo para a Itália. In: NEGRI, B. & VIANA, A. L. d' Á. (Orgs.) *O SUS em Dez Anos de Desafio*. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002.
- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. & MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2): 269-291, 2001.
- LIMA, L. D. As comissões intergestores bipartite: a CIB do Rio de Janeiro. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 1(1): 199-252, 2001.
- LUCCHESI, P. T. R. et al. *A Gestão Compartilhada do Sistema Único de Saúde. O Diálogo na Comissão Intergestores Tripartite*. Projeto Descentralização On Line 2000-2002. Rio de Janeiro: Escola de Governo, Ensp, Fiocruz, 2003.
- MACHADO, C. V. *Direito Universal, Política Nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Rio de Janeiro: Editora do Museu da República, 2007.
- MIRANDA, A. S. *Análise Estratégica dos Arranjos Decisórios na Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde*, 2003. Tese de Doutorado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- PRADO, S.; QUADROS, W. & CAVALCANTI, C. E. (Coords.) *Partilha de Recursos na Federação Brasileira*. São Paulo, Brasília: Fapesp e Fundap, Ipea, 2003. (Série Federalismo no Brasil).
- SHARPE, J. Federalismo e decentralizzazione nel moderno stato democratico. In: DENTE, B. et. al. (Orgs.) *Governare con il Federalismo*. Torino: Edizioni della Fondazione Giovanni Agnelli, 1997.

POLÍTICAS DE SAÚDE

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdade e de descentralização. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(3): 431-441, 2002.

TEIXEIRA, S. M. F. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. *RAP*, 24(2): 78-99, 1990.

VIANA, A. L. d´A. *Modelos de Intervenção do Estado na Área da Saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Uerj, 1995 (Série Estudos de Saúde Coletiva, n. 118).

VIANA, A. L. D´A. & LEVCOVITZ, E. Proteção social: introduzindo o debate. In: VIANA, A. L. d´A.; ELIAS, P. E. M. & IBÁÑEZ, N. (Orgs.) *Proteção Social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005.

WATTS, R. *Comparing Federal Systems in the 1990s*. Kingston: Queen´s University, 1999.

Notas sobre o Planejamento em Saúde

Ana Lúcia Abrahão

Introdução

Como parte da vida, o ato de planejar é um modo de o homem atuar em sociedade e construir formas de solucionar problemas presentes na sua ação cotidiana. De maneira geral, o planejamento é um meio de estabelecer critérios para a ação, atividades que organizam os modos e as formas que orientam o alcance dos objetivos.

O planejamento é uma necessidade do homem e da sociedade. Cada homem é um governante de seus atos e aí constrói e defende sua liberdade. Porém, cada homem decide também, por ação ou omissão, consciente ou inconsciente, para que o governo do sistema em que vive lute por ganhar liberdade de opções ou se entregue às circunstâncias. Não sabemos se podemos conduzir o mundo para onde queremos, mas não podemos renunciar a tentá-lo. E essa tentativa pode ser beneficiada pelo planejamento. (Matus, 1993: 16)

O planejamento se constitui como uma ferramenta indispensável para a gestão de sistemas e organizações, com a pretensão de se tornar um método de operar sobre a realidade. O ato de planejar não é uma questão simples de ser trabalhada, pois há visões e defesas diferentes sobre como descrever a realidade a ser planejada.

Caracterizado pela incerteza, o planejamento é uma escolha de caminhos para a ação, ou seja, configura uma opção que se adota de forma antecipada. É um modo de, no tempo presente, construir o futuro. Ocorre que o futuro é sempre incerto, indeterminado, justamente porque não vivemos e habitamos sozinhos no mundo. Existem outros, pessoas e grupos, que têm propostas iguais, semelhantes ou totalmente diferentes dos projetos que desenhamos. Tais pessoas também planejam para obter o que desejam.

A idéia do planejamento como um modo racional de apoio à viabilização de políticas públicas que articulam na sua estrutura Estado e sociedade¹ é, ainda, fonte de debates orientados principalmente pela possibilidade de o pla-

¹ Sobre as relações entre Estado e políticas sociais no capitalismo, ver Pereira e Linhares, texto "O Estado e as políticas sociais no capitalismo", no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

POLÍTICAS DE SAÚDE

nejo ser um instrumento tanto produtor de eficácia e eficiência em relação às políticas públicas quanto pela democratização provável da sociedade (Gallo et al., 1992).

A saúde, como um setor público da sociedade, incorpora e emprega a lógica do planejamento para seus serviços e para a organização do seu próprio sistema de saúde. O planejamento constitui uma possibilidade de aproximação real às necessidades e demandas da população, uma forma de conjugar aquilo que realmente a população necessita para manutenção de uma vida equilibrada e autônoma na saúde, e aquilo que os serviços de saúde ofertam. De outra forma, consiste na criação de espaços de diálogo entre o serviço e a população, entre o serviço e os profissionais, e no interior da própria equipe de saúde.²

Podemos reconhecer nesta perspectiva diferentes formas e métodos de planejar; todos com o objetivo claro de identificar racionalmente modos significativos de apoiar a formulação de políticas públicas de saúde articuladas às questões do Estado e às demandas e problemas da sociedade. Apon- tar, atualmente, a melhor fórmula de planejamento em saúde é motivo de discussão entre os teóricos da área. Debate este centrado na avaliação do planejamento como possibilidade real de dar respostas aos problemas deste campo; na sua eficácia e eficiência em relação às políticas que emergem do arranjo proposto pelo planejamento, bem como da sua aplicação como forma de democratização dos espaços sociais.

Entretanto, a adoção do planejamento como uma ferramenta do processo de trabalho em saúde implica o reconhecimento de que todo profissional que compõe a equipe de saúde planeja suas ações, e, neste sentido, opera com um conjunto de tecnologias capazes de aproximar as necessidades de saúde às ofertas dos serviços. São tecnologias que não necessariamente estão acompanhadas de um método, mas sim empregadas em acordo com a realidade apresentada.

No contexto da Saúde da Família, o planejamento torna-se um processo dinâmico que passa a fazer parte do pensamento e, conseqüentemente, das ações da equipe. Isso não significa que forçosamente se deva

² Sobre planejamento e modelos de atenção, ver Silva Júnior, texto "Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas", no livro *Modelos de Atenção e Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

NOTAS SOBRE O PLANEJAMENTO EM SAÚDE

possuir e seguir um método de planejamento; significa sim pensar estrategicamente e agir democraticamente. Assim, o planejamento deve ser uma prática perseguida pelas equipes de Saúde da Família, como um modo de pensar ações de saúde mais próximas à realidade local. Desta forma, um conjunto de medidas calcadas no discurso da prevenção de doenças, da assistência e da promoção da saúde passa a figurar no cenário das ações da Atenção Básica, com o objetivo claro de possibilitar o desenvolvimento de hábitos e modos de andar a vida de forma mais autônoma. Medidas estas que buscam alcançar êxito em sua contribuição para o fortalecimento da qualidade de vida da população.

As discussões que acompanham o planejamento nesta perspectiva são potencializadas com a participação dos profissionais de saúde e da população. Os resultados terão um maior ou menor impacto de acordo com a aproximação que se faça da realidade. Para tanto, o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) é estratégico, pois, dada a sua posição intercessora entre a equipe e a população, este ator contribui de forma ímpar em todas as etapas deste processo com destaque na identificação dos problemas e no acompanhamento e avaliação das intervenções, reque-rendo uma reflexão sobre o planejamento em saúde sem esgotar o tema, mas alterando o problema trabalhado.

Podemos identificar como modos de planejar, entre outros, os seguintes: o planejamento normativo, também conhecido como a forma tradicional de planejar; o planejamento estratégico com várias proposições, mas que na América Latina assume três vertentes: a da Escola de Saúde Pública de Medellin; o pensamento estratégico de Mario Testa e a do Planejamento Estratégico de Carlos Matus. São três os enfoques de planejamento proposto por Matus: O Planejamento Estratégico Situacional (PES), que consiste em um método voltado para as grandes organizações e problemas com nível alto de complexidade; o Zoop, método de média complexidade desenvolvido pelo autor em cooperação com autores alemães e que trata de projetos orientados para o alcance de objetivos; e, por último, o Método Altadir de Planejamento Popular (MAPP), que consiste em um método mais simples de planejar e se destina a trabalhar com organismos de baixa complexidade (Mendes, 1994).

POLÍTICAS DE SAÚDE

No setor saúde, as ações de planejamento no nível local foram bastante influenciadas pelo pensamento de Mario Testa e Carlos Matus, com base nas aproximações feitas, no caso brasileiro, por Rivera (1992). A proposta de planejamento no nível local procura romper com a concepção burocrática, caracterizando-se como um processo social promotor de mudanças na prática e no próprio processo de trabalho em saúde, e se vincula a uma experiência concreta de planejamento.

O Planejamento e suas Principais Vertentes

As formas e os arranjos de planejar são inúmeros, e a eleição de um deles depende muito dos objetivos a serem alcançados, da própria filiação ideológica do grupo, de quem planeja, e ainda de seus propósitos.

A forma tradicional de planejar, alicerçada na economia de custos e na regra administrativa tradicional no desenho do plano, utiliza a técnica de normatização do rendimento com o objetivo de aumentar a quantidade de serviços. O elemento tradicional é oferecido pela semelhança entre a definição da melhor combinação de recursos e a proposta taylorista da “produção-padrão” – representada por métodos e ferramentas que buscam investigar e focar os movimentos envolvidos nas operações de trabalho. Podemos observar que tal proposta de planejamento está centrada em uma ação racional que pretende dar conta do movimento social, explicando-o e organizando-o global e centralmente. Segundo Matus (1993), esta lógica de planejar é denominada planejamento normativo, que se caracteriza pelo ato de que o sujeito que planeja está sobre a realidade a ser planejada e, portanto, é independente do objeto a ser planejado e ignora a existência de outros atores presentes e atuantes. Logo, sujeito e objeto são independentes, além de o planejamento normativo se reduzir ao campo econômico.

Uma outra característica deste modo de planejar indica que um único ator planeja e que as questões políticas não estão presentes nesta perspectiva. A ação racional orienta o plano e, portanto, o poder é uma categoria muito presente na concepção do planejamento normativo. Nesta lógica, é possível prever comportamentos, considerando que os mesmos são estáveis. Uma última particularidade desta forma de planejar estabelece uma única trajetória para o plano, não havendo outras alternativas para o alcance dos objetivos traçados.

NOTAS SOBRE O PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Assim, o planejamento normativo se caracteriza por:

- Sujeito e objeto são independentes na elaboração do plano, revelando uma certa 'neutralidade' na construção do plano;
- Pela existência de um único ator que planeja;
- As questões políticas são exógenas e não são consideradas no ato do planejamento, separando o campo político do campo técnico;
- O poder não é um elemento escasso na construção do plano e das ações a serem desenvolvidas pelo sujeito, não havendo conflito de interesses;
- O comportamento dos sujeitos envolvidos no planejamento e na execução do plano é sempre estável e previsível;
- Na condução do plano, há única trajetória a ser seguida nesta lógica de planejamento.

O planejamento normativo é empregado com bom resultado em situações em que se conhece bem as variáveis presentes e que contornam a questão a ser planejada, e quando a solução desenhada pelo planejamento é conhecida e amplamente aceita. Como no caso da identificação de uma sala de vacina que não apresenta local apropriado para armazenamento da vacina e a guarda juntamente com outros materiais. O resultado é conhecido e sua solução cientificamente aprovada, e consiste em retirar os materiais que se encontram com as vacinas, deixando o refrigerador para armazenamento somente do material imunobiológico, de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde. Neste caso, o planejamento das ações se dá de forma normativa, com a lógica de trajetória única e com o sujeito que planeja sobre o objeto planejado, estabelecendo ações que não consideram a questão política na construção do plano.

Muitos dos problemas que identificamos nos serviços de saúde podem ser considerados objeto do planejamento normativo. São casos em que a sua solução é conhecida e, na maioria deles, há uma regra, uma norma a ser empregada. São soluções prescritas anteriormente e cientificamente aceitas, como as normas empregadas no controle da tuberculose, em que, quando identificamos um caso, se faz necessário que se proceda à busca ativa dos comunicantes. Essa é uma das ações que cabe, em muitas das vezes, ao ACS. Dessa forma, é possível identificarmos o uso do plane-

POLÍTICAS DE SAÚDE

jamento também como uma ferramenta utilizada no cuidado aos usuários e que se move em articulação com a gestão do trabalho.

Entretanto, o construto básico que sustenta a teoria do planejamento normativo passa a ser questionado, revelando uma verdadeira revolução na teoria do planejamento. Esse movimento se dá devido ao questionamento de uma hipótese básica sobre a qual repousa todo o edifício teórico do planejamento tradicional (normativo). Esta hipótese é a seguinte: “o ator que planeja está fora ou sobre a realidade planejada, e nesta realidade ele não coexiste com outros atores que também planejam” (Matus, 1993: 72).

Se negamos a (esta) hipótese “(...)”, então toda teoria do planejamento normativo vem abaixo e abrem-se as portas para reformular teoricamente o planejamento e o papel do planejador” (Matus, 1993: 76). Tal consideração, deriva da noção de que é impossível pensar o sujeito que planeja fora da realidade, pois é no real que atuamos e estamos inseridos, e é também nele que sujeitos e objetos se encontram. Logo, a dissociação de sujeito e objeto torna-se impossível, pois ambos estão no mesmo plano do real.

Ao refutar tal premissa, o planejamento sofre uma verdadeira revolução daquilo que lhe dava concretude e solidez, e abre a possibilidade de se pensar outras formas de planejar em que sujeito e objeto estejam no mesmo plano. O planejamento, nesta perspectiva, passa a ser colocado como uma prática social, no real, capaz de transformar democraticamente a sociedade, ou seja, a proposta do planejamento estratégico

parte de uma concepção do processo de produção social onde, numa situação determinada, há vários atores que, conflitivamente, planejam, segundo seus interesses e visões de mundo, e onde a grande maioria das ações não responde a comportamentos nem leis, necessitando, pois, de juízo estratégico. (Matus, 1991: 28)

A proposta do planejamento estratégico rompe com a noção de que planejar é uma atividade independente das questões e fatores presentes na realidade. Assim, na busca de identificar formas de análise e de ação, o ator social passa a compreender a realidade como um processo de produção social, com espaços de análise situacional.

Segundo Ferreira (2000), estratégia é a arte de aplicar os meios disponíveis ou explorar condições favoráveis, com vista a objetivos específicos. O planejamento estratégico pode ser classificado em planejamento estratégico

NOTAS SOBRE O PLANEJAMENTO EM SAÚDE

corporativo e planejamento estratégico situacional. O primeiro busca realizar uma análise da organização à luz de sua concorrência, identificando os fatores-chave de sucesso e as Debilidades, Oportunidades, Fortalezas e Ameaças (Dofa). Ele tem estreita relação com as modernas técnicas de *marketing*, mas não vamos nos aproximar dessa vertente neste trabalho.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) é uma abordagem de planejamento que incorpora conceitos importantes na lógica da produção social. Carlos Matus (1993) é o autor que se destaca na produção deste pensamento, em que o planejamento é caracterizado pela incerteza por ser uma escolha de curso de ação, de caminhos, de opções, que se adota antecipadamente.

O uso do planejamento pode ser evidenciado:

- como instrumento de gestão nas organizações com olhar sobre o processo de trabalho;
- como prática social transformadora na determinação de novas relações sociais alternativas à lógica regulamentadora do mercado;
- como método de ação governamental na produção de políticas.

A prática do planejamento no setor saúde deve ser empregada no sentido de aumentar o grau de responsabilidade com os resultados, sem, contudo, priorizar o método em detrimento do sujeito, ou seja, na busca de um modo de atuar sobre a realidade, é necessário considerar o artifício do planejar sem desconsiderar as relações existentes entre os sujeitos. Segundo Merhy (1992), o planejamento em saúde não comporta este efeito. A sua lógica consiste em criar espaço de discussão e declaração de demandas no sentido de identificar caminhos possíveis de mudança na atual forma de produzir saúde.

De um modo geral, o planejamento consiste em uma análise da realidade para uma pretensa ação, o que

(...) permite dizer que em todas o planejamento tem a pretensão de se tornar um método de operar sobre a realidade na busca de efeitos previamente colocados; o que permite tratá-lo como meio tecnológico, campo de saberes e práticas que busca operar finalisticamente sobre práticas sociais (...). (Merhy, 1995: 119).

Como um meio tecnológico de operar sobre as práticas sociais, o planejamento em saúde pode ser uma ferramenta útil na condução do processo de trabalho das equipes de saúde e como um espaço de exercício democrático. No processo de trabalho em saúde, e nas inter-relações que são estabelecidas no interior da equipe, o uso do planejamento é empregado como fio condutor dos

POLÍTICAS DE SAÚDE

diferentes saberes. Como, por exemplo, na construção de estratégias que viabilizem a consolidação de um grupo educativo, em que podemos identificar diferentes saberes e meios tecnológicos que os profissionais de saúde portam, e que, quando conjugados, revelam a capacidade de organização e condução desta ação.

Como integrante da equipe, o ACS concentra um saber próprio que consiste, entre outros, no conhecimento da comunidade e de seus hábitos, componente importante na elaboração de um plano de ação para a formação de um grupo educativo. As estratégias na formação do grupo e a análise da viabilidade das ações podem ser potencializadas com a participação e com o conhecimento situacional do ACS. Logo, o planejamento das ações que serão implementadas deve ser o mais participativo e democrático.

Podemos identificar um número considerável de exemplos em que o planejamento opera como uma ferramenta democratizadora e potencializadora de espaços coletivos. Contudo, a forma de planejar depende muito da proposta e da ideologia adotada pelos atores sociais envolvidos no processo de planejamento.

Algumas Características e Conceitos do Planejamento Estratégico Situacional

A proposta do planejamento situacional não é válida para qualquer realidade. (...) A problemática que ela pretende representar é a do conflito na mudança situacional. (...) Em outras palavras, o enfoque é utilizável em qualquer caso de condução, em situações de conflito de graus e tipos diversos. Ele é especialmente pertinente num sistema democrático onde um ator nunca tem poder absoluto. (Matus, 1993: 199-202)

A vertente estratégica desta proposta parte da concepção política do processo de produção social. O que significa afirmar a existência de vários atores com interesses distintos que planejam e agem segundo a visão de mundo que lhes é pertinente, e onde comportamentos não correspondem a leis restritas, exigindo um cálculo estratégico.

O planejamento estratégico toma por base a política como elemento intrínseco ao processo de produção social de uma determinada situação. O elemento situacional, ou o conceito situacional empregado nesta visão de planejamento, implica assumir que a explicação da situação, por um determinado

NOTAS SOBRE O PLANEJAMENTO EM SAÚDE

ator, é conformada pela posição que este ator ocupa na situação e pela intenção (política, social, econômica) desse mesmo ator. De acordo com Rivera, o que fundamenta esse conceito é “a premissa da existência de uma pluralidade explicativa de acordo com o número de atores envolvidos” (Rivera, 1992: 47). Logo, podemos depreender desta afirmação que há várias elucidações sobre a realidade.

Nesta perspectiva de análise da situação, a conduta dos atores sobre o real é imprevisível, podendo haver diferentes caminhos a seguir no cálculo da identificação dos sujeitos no interior do planejamento, em que o poder é um recurso escasso. Diferentemente do planejamento normativo, o planejamento estratégico situacional considera o poder um elemento ímpar na condução do plano.

O enfoque situacional implica a liberação da capacidade crítica e criativa do sujeito. O planejamento estratégico toma por base a política como elemento intrínseco ao processo de produção social em uma determinada situação.

No caso do setor saúde, as questões políticas se fazem presentes, como nos demais setores da sociedade. No entanto, a repercussão desse elemento no processo de trabalho das equipes implica a adição ou subtração de meios para a defesa da vida. Tem-se como exemplo o atravessamento da política na contratação de ACS, em que se revela o uso dos recursos da saúde como elemento de barganha de políticos no interior da comunidade. Este fato tem sido contornado por meio da iniciativa de algumas prefeituras brasileiras, com o concurso público e a seleção pública para as equipes de saúde da família.

Testa (1992) advoga que os propósitos do planejamento podem servir para a conservação ou a mudança do setor saúde. O que significa dizer que empregando o planejamento estaremos necessariamente empregando esta ferramenta na perspectiva democrática, pois podemos utilizá-lo para a conservação do poder dominante e hegemônico. Podemos usar o planejamento para a mudança do modelo de atenção, ou seja, criando espaços democráticos de aproximação da realidade e da demanda dos usuários. Ou ainda, podemos criar planos que conservem os procedimentos já consagrados de oferta de serviço, sem buscar compreender as reais necessidades de saúde da população.

Assim, os pressupostos do planejamento estratégico situacional partem da idéia de uma produção social. Ou seja, que os fatos são produzidos tendo em vista os arranjos e conjunções que ocorrem na sociedade. Portanto, o planeja-

POLÍTICAS DE SAÚDE

mento e o ato de planejar não estão dissociados desta produção. Assim, podemos identificar algumas características do PES que são:

- O sujeito que planeja está compreendido no 'objeto planejado';
- Há várias explicações da realidade condicionadas pelas respectivas inserções de cada ator;
- A 'conduta social' é irreduzível a comportamentos previsíveis. Em consequência, o planejamento deve proceder a um 'cálculo interativo' e um 'juízo crítico';
- O poder é escasso e limita a viabilidade do que deve ser;
- Todo plano está impregnado de incertezas;
- O plano não é monopólio do Estado.

São vários os conceitos/categorias empregados na lógica do PES. Entretanto, a categoria central é o poder que, para o PES, é a capacidade de ação, de produzir fatos, de mobilização, de representatividade. Assim, o poder não é restrito ao poder que se origina do cargo que se ocupa, nem ao poder que emana dos recursos econômicos e do poder que se concentra no saber, no domínio dos profissionais de saúde sobre uma determinada área do conhecimento. Dessa forma, o poder, para o PES, consiste em uma categoria mais ampla e que permite acumular e perder poder, durante o processo de planejamento. Em contrapartida, a proposta de planejamento que a princípio se caracteriza pela pouca concentração de poder pode e deve ser levada adiante, pois durante o processo podem-se criar estratégias com vistas à acumulação de poder pertinente à viabilização do plano.

A forma de proceder ao planejamento estratégico situacional alicerça-se sobre uma segunda categoria: o problema. Um bom planejador, na visão de Matus, é aquele que busca o "intercâmbio favorável de problemas" (Matus, 1991: 30), ou seja, "atacar e resolver" (Matus, 1991: 30) um problema mais dramático e se deparar com um novo problema de menor gravidade mais adiante. Dessa forma, o PES é um método de planejamento baseado em problemas.

A solução do problema não está na sua eliminação, mas sim na sua mudança. Quando atacamos um problema, na verdade, estamos apenas alterando-o e criando outro com menor ou maior risco. A baixa expectativa de vida ao nascer constituía um grave problema de saúde pública nas décadas de 1930 e 1940. As medidas de diferentes ordens implementadas pelo Estado brasilei-

NOTAS SOBRE O PLANEJAMENTO EM SAÚDE

ro, como as de saneamento básico, campanhas de imunização e investimentos em diferentes setores da sociedade, resultaram na mudança deste problema. Atualmente, são as doenças crônicas degenerativas não-transmissíveis e o envelhecimento da população que constituem um grave problema de saúde. Atacamos o problema e produzimos outros.

Para o PES, há vários tipos de problemas que são classificados como bem-estruturados, de solução conhecida e universalmente aceita, e os que são mal-estruturados ou não possuem uma solução universalmente aceita e, na maioria das vezes, são explicados de maneira muito complexa. Há problemas que são denominados problemas finalísticos, porque incidem diretamente sobre os resultados da equipe de saúde, ou seja, envolvem questões ligadas à assistência. Há ainda os que não se relacionam diretamente com o ato da produção com o usuário. São os problemas intermediários e não incidem diretamente no ato do cuidado. Na classificação do PES, encontramos os problemas potenciais que não se configuram como um problema no momento da análise, mas que possuem potência para se conformarem como tal em pouco tempo. Os problemas atuais são os problemas que serão enfrentados.

Nesta lógica, o tipo de problema determina o método de planejamento a ser empregado. Assim, problemas bem-estruturados costumam ser abordados e tratados na lógica do planejamento normativo, já que a sua solução é universalmente conhecida. Já os problemas mal-estruturados, que exigem uma análise da conjuntura, são foco do PES.

No cotidiano das equipes de saúde, os problemas são de diferentes ordens. Na maioria das vezes, são problemas mal-estruturados e relacionados diretamente com a prestação do cuidado. São, portanto, finalísticos e requerem o auxílio de outros setores da sociedade, como nos casos em que a família ou um de seus membros é vítima de violência doméstica. Abre-se, nestes casos, um leque amplo e complexo de problemas que passam a fazer parte da análise da situação de saúde da família, em que cada detalhe por vezes torna-se um problema. Assim, podemos identificar a violência doméstica como um problema mal-estruturado e finalístico para as equipes de saúde da família.³

³ Sobre o processo de trabalho na saúde da família, ver Ribeiro, Pires e Blank, texto "A temática do processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho em saúde", no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

POLÍTICAS DE SAÚDE

Outros problemas, como o uso inadequado do refrigerador que acondiciona os imunobiológicos, constituem um sério risco no controle e combate às doenças, em sua maioria, comuns na infância. Este é um tipo de problema de ordem intermediária, pois não incide diretamente na produção do cuidado, mas estabelece uma relação muito próxima com o processo de trabalho em saúde sendo, neste caso, classificado também como secundário. A solução para esta questão remete ao cumprimento de uma norma estabelecida pelo Programa Nacional de Imunização (PNI). Esta norma é reconhecidamente aceita, comprovada cientificamente e consiste tanto na retirada de qualquer outro produto do refrigerador quanto na manutenção das vacinas em prateleiras diferenciadas de acordo com o produto e sua origem. As vacinas virais são acondicionadas em prateleiras diferentes das vacinas bacterianas, por exemplo.

Percebemos que na identificação e classificação de problemas na lógica do PES podemos fazer uma combinação dos problemas, pois um mesmo problema pode ser classificado em tipos diferentes, como finalístico e mal-estruturado. A classificação do problema implica a melhor opção de planejamento a ser empregado. Assim, podemos identificar os tipos de problemas e associá-los ao método de planejamento proposto.

Quadro 1 – Classificação de problemas de acordo com o tipo de planejamento

TIPOLOGIA DOS PROBLEMAS	TIPO DE PLANEJAMENTO PROPOSTO
Finalísticos e bem-estruturados	Normativo
Intermediários e bem-estruturados	
Atuais e bem-estruturados	
Finalísticos e mal-estruturados	Estratégico
Intermediários e mal-estruturados	
Atuais e mal-estruturados	
Potenciais	

Fonte: O'Dwyer, De Seta & Oliveira, 2002.

Além de não ser igual para todas as pessoas, o problema é sempre algo que nos leva a agir, buscando a sua superação e não um mal-estar ou um vago desconforto impreciso. Por isso, diz-se que, para o planejamento estratégico, o problema ou a oportunidade é sempre referido a alguém, ou melhor, a um ator social.

NOTAS SOBRE O PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Ator social é um conceito importante para o PES, pois se refere a um indivíduo, um grupo ou a uma organização. Na lógica do PES, um ator social não se restringe a uma pessoa. Considera-se ator social aquele grupo, instituição ou indivíduo que articule simultaneamente três critérios. Assim, um ator social deve possuir:

- Projeto político;
- Controle de algum recurso relevante ou variável importante para a solução do problema que é alvo do planejamento;
- Capacidade para enfrentar o problema.

O conceito de ator social é válido em diferentes circunstâncias no planejamento, permitindo a análise da viabilidade de estratégias. Podem ser realizadas 'leituras' do projeto que o ator social defende e avaliações, tanto dos recursos que ele possui quanto da capacidade de ele enfrentar o problema. Em outras palavras, verifica-se se há disposição por parte deste ator de entrar no jogo. De acordo com estes itens, é possível traçarmos um mapeamento da intencionalidade dos atores envolvidos com o problema.

Recurso é um elemento também fundamental para o PES. É de acordo com a análise dos recursos envolvidos na solução do problema que estabelecemos estratégias e planos para a viabilidade do planejamento. Podemos elencar alguns tipos de recursos trabalhados no PES: a) o cognitivo, relativo ao conhecimento e possibilitador do saber-fazer; b) o organizativo, relativo ao modo como a organização se estrutura; c) o econômico, que inclui o financeiro; d) o político, relacionado à categoria poder. A combinação desses recursos é sempre referida a um ator social. No enfrentamento do problema, a análise dos recursos necessários também é de fundamental importância. Assim, os recursos que são trabalhados pelo PES são:

- Cognitivos;
- Organizativos;
- Econômicos;
- Políticos.

No momento de planejar, o ator, por exemplo, na equipe de saúde, deve possuir um quantitativo significativo de recursos que serão necessários na solução do problema. O ator que planeja pode ser ainda capaz de mobilizar ações que farão com que a equipe possa acumular os recursos necessários na implementação do plano.

POLÍTICAS DE SAÚDE

Na lógica matusiana há ainda três conceitos trabalhados pelo PES que configuram o chamado triângulo de governo. Para Matus, o ato de governar requer a mobilização e o intercâmbio da 'governabilidade', da 'capacidade de governo' e de um 'plano' para governar.

A 'governabilidade' trata do controle de recursos e/ou das variáveis que possam interferir na condução de um determinado processo ou plano. É também a relação existente entre as variáveis que são controladas e aquelas que não são controladas pelo ator. Portanto, o ator que governa precisa deter uma parte considerável dos recursos para a viabilização do plano, ou, pelo menos, ter durante o processo de planejamento habilidade de acumular os recursos necessários na construção do plano.

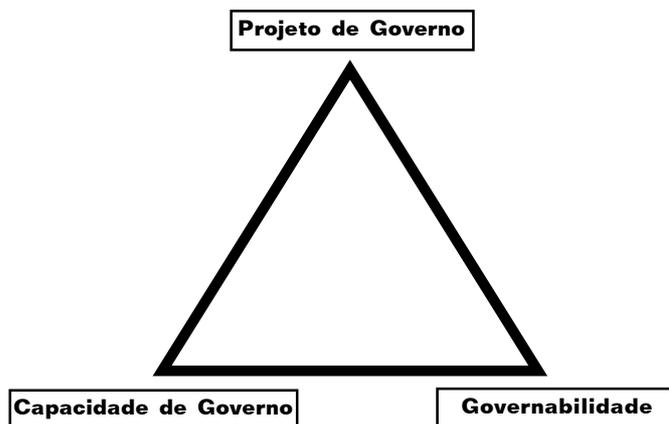
'Capacidade de governo' significa habilidade para a ação; é o saber fazer. A capacidade de governo diz respeito ao domínio de métodos, técnicas e habilidades necessários para a implementação do plano ou projeto. Na maioria das vezes, este item é desconsiderado pelos atores que estão em situação de governo, não se reconhecendo a importância do saber fazer no enfrentamento dos problemas.

O 'projeto' consiste nas finalidades desenhadas para alterar o problema, ou seja, o plano. Essa ferramenta, muitas vezes, não é reconhecida ou não está bem definida para a maioria dos governos. Assumir a gerência de uma equipe de saúde é possuir um plano, ter capacidade de governo e governabilidade, elementos estes que constantemente passam ao largo das discussões quando pensamos nos atores sociais que conduzem as unidades de saúde.

Estes três últimos conceitos configuram o chamado triângulo de ferro de Carlos Matus (1993). Segundo ele, para governar, é necessário trabalhar sobre estas três vertentes, "quanto melhor a qualidade de um plano, maior a governabilidade de um dado ator social para a execução de seu projeto. Quanto maior a capacidade de governo, maior a governabilidade, visto que há um maior domínio dos recursos, por exemplo, cognitivos" (Matus apud O'Dwyer, De Seta & Oliveira, 2002: 34).

NOTAS SOBRE O PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Figura 1 – Triângulo de Governo de Carlos Matus



Fonte: Matus, 1993: 60.

Como um triângulo, é interessante perceber a necessidade de equilíbrio dos elementos que o compõem, em que o intercâmbio dos mesmos é fundamental e necessário para o ator em posição de governo. Vale ressaltar que todos os sujeitos planejam e possuem governabilidade sobre uma parte do problema a ser enfrentado.

A proposta metodológica trazida pelo PES consiste em uma forma de

pensar e conceber o planejamento mediante o desenvolvimento de um conjunto de categorias centrais com suas inter-relações, capazes de representar as relações direcionais e causais de uma tipologia de problemas passíveis de intervenção social por parte de um ator. O 'método', por sua vez, é o desenvolvimento de um enfoque metodológico até adequá-lo em seus principais procedimentos operacionais. Desta explicação deduzem-se duas conseqüências: a) Que o método pode ter validade mais restrita que o enfoque metodológico; b) Que o método é um procedimento operacional. (Matus, 1993: 199-200)

O método é um procedimento operacional que nos permite materializar o plano, destacar as estratégias etc. Todavia, é importante não nos apegarmos demasiadamente a ele, agarrando-nos à estrutura formal do método e omitindo a validade de operar com o enfoque. Em síntese, é fundamental considerarmos em nossas ações cotidianas o emprego de todos os

POLÍTICAS DE SAÚDE

conceitos que o PES aponta, possibilitando um caminhar mais amplo na condução das ações de saúde.

Operar sobre a realidade do setor saúde no nível local consiste no desenho de vários cenários que são traçados no decorrer do processo de planejamento. Nos diferentes planos e incertezas, necessitamos do cálculo de viabilidade, sem que isso signifique o engessamento do método.

Planejamento Estratégico Situacional na Saúde – atuação local

o planejamento tem a pretensão de se tornar um método de operar sobre a realidade na busca de efeitos previamente colocados; o que permite tratá-lo como meio tecnológico, campo de saberes e práticas que busca operar finalisticamente sobre práticas sociais (...). (Merhy, 1995: 119)

No início da década de 1960, em meio a iniciativas de planificação e programação do setor saúde na América Latina, surge uma demanda pela produção de um método de programação sanitária localizada no Centro Nacional de Desarrollo-Cendes, da Universidade Central da Venezuela. Fruto da articulação entre os profissionais deste centro e técnicos da Cepal, foi produzido um método baseado na crítica ao planejamento econômico centrado no aspecto quantitativo e na eficiência da utilização de recursos. Esse movimento contou com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), cujo resultado foi a produção de um documento denominado “Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud” (OPS-OMS, 1965), também conhecido como Método Cendes-Opas.

Segundo Paim (1983), o planejamento na América Latina apresenta quatro grandes momentos. Um primeiro marcado pela elaboração do método Cendes-OPS; um segundo, por um seminário no Chile, em 1968, que se destaca pela difusão do planejamento. Um terceiro marco constituiu-se na terceira reunião de ministros de saúde das Américas. O quarto e último marco foi a reatualização do documento “Formulación de Políticas de Salud”, elaborado pelo Centro Panamericano de planificación en Salud (CPPS) – Opas.

No setor saúde brasileiro, o enfoque situacional com foco no planejamento local foi a abordagem mais divulgada. A proposta trazida pela Reforma Sanitária como estratégia de unificação e descentralização do sistema constituiu um instrumento de transformação da prática gerencial sanitária, tendo como

NOTAS SOBRE O PLANEJAMENTO EM SAÚDE

destaque a produção teórica das seguintes vertentes: *Saúde Para Todos no ano 2000 (SPT 2000)*, de Carlos Matus, e o *Pensar em Saúde*, de Mario Testa. Para este último autor, o planejamento teria a capacidade de estimular o crescimento e criar possibilidades de mudança.

O PES implica a atuação sobre a saúde da população, na qual uma análise dos problemas se faz necessária, buscando a construção de ações que não separem os denominados aspectos biológicos dos aspectos sociais e políticos que conformam os problemas de saúde.

O conjunto de problemas relacionados ao estado de saúde da população, expresso pelos distintos sujeitos envolvidos no processo, requer a materialização em um esforço contínuo para criar condições para a elaboração de uma análise situacional da saúde da população. Na construção dessa análise, pode ser o ACS um ator importante.

A atuação do planejamento no nível local é considerada como um locus privilegiado na identificação e solução de problemas de saúde com grande potencial para ampliar a qualidade de vida da população e tem sido um instrumento fundamental na construção social de uma nova prática sanitária, com capacidade de transformação do processo de produção em saúde.

Identificando e Priorizando Problema

Para a identificação de problemas, existem várias técnicas. Entretanto, tratando-se da elaboração de um processo democrático, a participação dos profissionais de saúde e da comunidade é fundamental, no sentido de ampliar o compromisso e a responsabilidade sobre a viabilidade do plano.

Uma questão importante quando trabalhamos com planejamento é a noção de que, quando mexemos com um problema, na verdade, estamos apenas alternando-o, modificando-o, e não o eliminando por completo. Já citamos como exemplo, o problema da baixa expectativa de vida ao nascer. Este problema foi freqüente no cenário nacional nas décadas de 1940/50 e foi trabalhado por diferentes intervenções no campo social, o que resultou na criação de questões relativas ao envelhecimento da população e suas conseqüências, como os altos índices das doenças crônicas não-transmissíveis.

Ao propor a identificação coletiva dos problemas, a capacidade de aplicação sobre o mesmo é expandida, com base no entendimento dos vários atores

POLÍTICAS DE SAÚDE

presentes e envolvidos na situação. Este é um movimento importante de se destacar, pois a realidade é complexa, e, ao focar coletivamente em um pedaço dela, no caso o problema, teremos várias explicações sobre a questão em foco. Conforme já salientamos, uma rede explicativa vai sendo formada.

São várias as concepções que concorrem para análise da questão acerca do problema. No processo de negociação e confronto entre os distintos modos de entender e explicar o processo saúde e doença, por exemplo, entram em cena a dinâmica social e histórica. Forças político-ideológicas passam a ser mobilizadas na tentativa de desenvolver uma via de explicação consistente sobre este processo.

adotar o enfoque situacional e eleger como objeto os problemas de saúde indica a busca de superação de uma concepção restrita da Reforma Sanitária como rearranjo político – institucional e administrativo do sistema de saúde, apontando aos propósitos finalísticos de transformação das relações entre a oferta/demanda dos serviços, em suma, a reorganização das práticas de saúde em seu conteúdo técnico, econômico e político, dirigindo-as à solução dos problemas. (Teixeira, 1994: 240)

A eleição do enfoque do PES no setor saúde remete à incorporação de seus elementos, no caso, o aspecto situacional, que implica o entendimento de que os problemas que emergem do setor saúde são questões que envolvem diferentes situações. Essas relações são construídas no cotidiano dos serviços e, portanto, atravessadas por interesses políticos, administrativos, sociais etc. Assim, a sua explicação ou diagnóstico considera a visão de todos os envolvidos, possibilitando, desse modo, a mudança e a transformação no campo das práticas sociais e de saúde.

Como o número de problemas com os quais nos defrontamos no dia-a-dia é grande, podemos identificar como ponto de partida a nomeação deles, e, ao final deste processo, teremos uma listagem de problemas que pode ser conseguida durante uma reunião da equipe com a comunidade. Nessa situação, todos os atores podem apontar problemas que vivenciam e que fazem parte das questões enfrentadas pela comunidade. O ACS, como residente na comunidade, funciona com um duplo olhar sobre os problemas que emergem daquele universo.

Na lista de problemas, haverá aqueles que possuem a mesma natureza. Faz-se necessário agrupá-los de forma a identificar os semelhantes e

NOTAS SOBRE O PLANEJAMENTO EM SAÚDE

eliminar os demais. Este processo pode ser realizado com o auxílio de algumas técnicas do campo da administração, como, por exemplo, a Técnica do Grupo Nominal (TGN).

Essa técnica é utilizada para escolher alternativas em grupo, por meio da priorização individual e sucessiva que cada membro do grupo atribui ao problema. Essa técnica pode ser usada para reduzir o número de alternativas, ou pode ser usada para determinar uma única alternativa. Constitui-se em um modo de gerar consenso, tendo em vista uma discussão e de votação anônima, com valores atribuídos aos problemas de 9 a 0 ou de 5 a 0.

A utilização desta técnica pode se dar da seguinte forma:

1. Explique aos participantes o significado exato de cada opção do conjunto.
2. Cada votante ordena o conjunto segundo seu julgamento pessoal, numerando os itens na ordem inversa da importância considerada (um para o menos importante).
3. Construa uma tabela para lançar e somar os números atribuídos por pessoa aos vários itens do conjunto.
4. Finalmente, ordene os itens segundo a pontuação obtida.
5. Faça uma revisão crítica: o resultado obtido faz sentido?

Suponhamos um levantamento das causas das falhas no atendimento em uma rotina de trabalho em uma equipe de saúde que tenha proposto sete possíveis causas. O Quadro 2 a seguir mostra o resultado da aplicação da TGN com uma equipe de cinco pessoas, os totais calculados e o resultado obtido.

POLÍTICAS DE SAÚDE

Quadro 2 – Exemplo de uma Técnica de Grupo Nominal

CAUSAS	VOTANTES					TOTAL	PRIORIDADES
	1	2	3	4	5		
1 – Falta de comunicação entre a equipe	7	5	1	6	5	24	1
2 – Ausência de um fluxo para o atendimento	2	1	6	3	2	14	4
3 – Falta de informação para a população	6	4	5	4	4	23	2
4 – Falta de atualização da equipe	4	4	2	3	1	14	4
5 – Relacionamento com grau de autoritarismo	1	4	3	6	1	15	3

Fonte: Gesthos, Módulo IV, 2002.

Após o uso da TGN, haverá um menor número de problemas e uma hierarquia entre eles, com destaque para aquele com maior valor e para aquele que obteve menor valor. Deste processo resultará uma listagem hierarquizada dos problemas por ordem de importância. Lembramos que um bom planejador busca, na visão de Matus (1993), o 'intercâmbio favorável de problemas', ou seja, 'atacar e resolver' um problema mais dramático e se deparar com um novo problema, de menor gravidade.

Priorizar o problema significa a depuração da listagem e a discussão sobre o mesmo. A eleição de um problema a ser trabalhado pelo planejamento requer uma discussão do grupo que considere alguns critérios. Esses critérios precisam ser capazes de definir, de acordo com a situação e as oportunidades, o problema que será alvo das intervenções da equipe. Um dos critérios usados na identificação do problema é a relevância do problema para a equipe. No conjunto dos problemas listados, podemos ter alguns que possuam um grau de importância maior que outros. Assim, se a solução implica um alto grau de relevância para a comunidade, atuação sobre ele é considerada de suma importância.

Um segundo critério que podemos eleger na seleção do problema é a governabilidade do ator social que enuncia o problema. No exemplo que estamos trabalhando, o problema a ser enfrentado está sob a governabilidade da equipe e da comunidade, o que significa fazer um balanço dos recursos e das variáveis que o ator social controla e que são de extrema importância na solução do mesmo. Desse modo, podemos identificar quais são os recursos necessários para enfrentar o problema, e quais são os recursos que a equipe de saúde e a

NOTAS SOBRE O PLANEJAMENTO EM SAÚDE

comunidade (ator social) detêm. Quanto maior o número de recursos do ator social sobre o problema, maior governabilidade ele terá na identificação de estratégias para trabalhar sobre o problema.

Além da análise da governabilidade do ator social que planeja, é necessário fazer uma 'leitura' dos demais atores envolvidos com o problema e qual a governabilidade dos mesmos sobre o problema a ser enfrentando. Podemos identificar, como exemplo de problema, a precariedade de saneamento básico na comunidade. Essa questão remete a outros problemas, como diarreia, verminose etc. Ao atuar sobre a precariedade do sistema de saneamento, os atores sociais envolvidos detêm uma parcela considerável de recursos que serão necessários na solução desta questão. Assim, é necessário conhecer qual a resposta dos demais atores sociais envolvidos, pois a resposta deles pode ser ou não favorável à solução do problema. Pode haver atores que tenham ganhos políticos e econômicos com a permanência do problema. Ainda podemos identificar atores que respondem de forma indiferente ao problema, apesar de controlar algum recurso.

De acordo com a resposta dos atores envolvidos com o problema, poderemos conhecer qual a melhor estratégia a ser tomada na solução do problema, ou se este problema não deve ser eleito neste momento, cabendo a ação sobre o mesmo quando da possibilidade de um arranjo melhor de forças.

Conhecer o custo de postergação da solução de um problema nos ajuda a definir melhor a sua eleição. O adiamento de uma solução pode causar um dano muito maior na qualidade de vida da população e até mesmo originar outros problemas muito mais graves e de maior risco à população. Se pensarmos na ocorrência de cólera em uma comunidade, o custo de postergação de sua solução pode ser muito alto, incluindo mortes devido ao adiamento no enfrentamento do mesmo. Portanto, será sempre necessário analisarmos as conseqüências de um adiamento na solução de um problema.

Fazer uma análise considerando todos os fatores anteriormente mencionados é fazer uma análise situacional dos problemas identificados, para que a escolha de um problema não ocorra de forma aleatória e sem critérios. Entretanto, vale ressaltar que este é um processo participativo, em que as pessoas envolvidas expõem a sua opinião. Como todo processo participativo, o componente democrático deve estar presente, possibilitando a discussão e a argumentação dos diferentes pontos de vista sobre o problema a ser enfrentado.

POLÍTICAS DE SAÚDE

Apresentamos a seguir um exemplo de uma matriz de seleção de problemas usada por O'Dwyer, De Seta e Oliveira (2002). Outros critérios podem e devem, no entanto, ser usados de acordo com a situação.

Os critérios apresentados no Quadro 3 a seguir devem ser aplicados a cada problema, e a análise para seleção do(s) problema(s) a ser(em) enfrentado(s) deve seguir o estudo global da matriz.

Quadro 3 – Sugestão matriz para seleção de problemas

PROBLEMAS	VALOR ATRIBUÍDO AO PROBLEMA	GOVERNABILIDADE DO ATOR SOBRE O PROBLEMA	RESPOSTA DE OUTROS ATORES COM GOVERNABILIDADE SOBRE O PROBLEMA	CUSTO DE POSTERGAÇÃO DA SOLUÇÃO	PROBLEMA SELECIONADO (SIM OU NÃO)

Fonte: O'Dwyer, De Seta & Oliveira, 2002.

Algumas observações sobre esses critérios:

- Valor: a relevância do problema para o ator social que planeja, podendo ser estimado em alto, médio ou baixo.
- Governabilidade do ator sobre o problema. É a consideração do controle que um ator tem sobre os recursos necessários para atacar o problema. Estimada em alta, média ou baixa.
- Resposta de outros atores com governabilidade. Esses atores podem ser indiferentes, favoráveis ou contrários.
- Custo de postergação da solução. O custo pode ser econômico, político, social etc. Estimado em alto, médio ou baixo (O'Dwyer, De Seta & Oliveira, 2002: 36).

O uso da Matriz de Seleção de Problemas não significa apenas a possibilidade de definição de um dado problema, mas acena com a possibilidade de uma análise ampliada sobre a realidade local, ou pelo menos como uma parte da realidade em que a comunidade e a equipe estão inseridas.

Os critérios 'Governabilidade do ator sobre o problema' e 'Resposta de outros atores com governabilidade' fornecem uma avaliação preliminar

NOTAS SOBRE O PLANEJAMENTO EM SAÚDE

de viabilidade. Ao mesmo tempo, representam uma oportunidade para se começar a pensar em estratégias a serem empregadas para mudar a resposta dos outros atores com governabilidade sobre o problema, se eles são indiferentes ou mesmo contrários. (O'Dwyer, De Seta & Oliveira, 2002: 37)

Ao fazer a análise da governabilidade dos atores envolvidos com o problema, a equipe tem a oportunidade de, a partir deste ponto, considerar e propor ações conjuntas que sejam capazes de, ao serem empregadas, resultar na mudança do problema identificado pelo coletivo. Em relação à resposta dos atores a respeito do problema, pode-se construir estratégias que visem alterar a resposta dos mesmos, ampliando assim a adesão ao plano.

Descrever o Problema

Após a seleção do problema que será alvo das ações a serem implementadas pela equipe, é necessário que haja precisão quanto ao enunciado e à descrição do mesmo. Dessa forma, será mais fácil a tarefa de identificar e construir as operações e as ações, bem como a de avaliar o impacto do plano.

Descrever o problema é caracterizá-lo, ou seja, é mostrar objetivamente como ele se expressa na realidade. Isto pode ser feito mediante a utilização de indicadores que podem ser quantitativos e/ou qualitativos. Alguns desses indicadores são freqüentemente usados em saúde pública. Mas outros podem ser construídos de acordo com a necessidade de expressão do problema.

Ao selecionarmos um problema como o alto índice de pessoas com dengue na comunidade, faz-se necessário apresentá-lo e descrevê-lo da melhor forma possível. Neste caso, o uso de indicadores que conjuguem o número de pessoas com a doença e o número total da população representa o risco que uma pessoa moradora daquela localidade possui de contrair a doença. Assim:

Indicador de Morbidade

$$\frac{\text{N. de pessoas com dengue na localidade X no período Y}}{\text{N. total da população residente na localidade X no período Y}} \times 1000$$

POLÍTICAS DE SAÚDE

O uso de indicadores é útil não só como um descritor do problema, mas também para acompanhar e avaliar a implementação do plano de ação. Esta é uma ferramenta que pode ser manuseada com tranquilidade pelo ACS. Este profissional pode ser responsável pela coleta dos dados e pela realização deste indicador junto à comunidade local. Por meio do uso de indicadores se pode verificar se as ações que estão sendo implementadas estão tendo sucesso e quais são as estratégias que deverão ser acionadas no caso de uma possível alteração no caminho traçado.

No entanto, deve-se, ao construir os descritores do problema, evitar construir relações de causa entre eles. Durante a leitura e análise, isso pode se constituir em um entrave na construção do plano. Identificar relações de causa entre os descritores significa estabelecer ligações únicas que podem impedir a identificação de outras questões e o reconhecimento de relações com outros problemas. Nessa situação, acabamos por ficar atados a uma única explicação para o problema, o que pode ser prejudicial no momento de traçarmos os planos.

Exemplo:

Uma unidade de saúde da família com duas equipes completas foi comunicada recentemente pela coordenação que o município contará com o programa de internação domiciliar (PID). Além disso, os casos de internação do setor deverão ser repassados para esta equipe, ao mesmo tempo em que deverá haver uma integração à nova proposta. Com a integração à equipe do PID, a Equipe de Saúde da Família reorganizou suas ações para atender a esta nova demanda. Reunida a equipe, foram listados os problemas gerados com esta nova proposta, resultando na escolha de um problema a ser enfrentado.

O PROBLEMA: Dificuldade em organizar um fluxo de acompanhamento contínuo e conjunto com a equipe do PID.

DESCRITORES DO PROBLEMA:

1. Tempo de espera elevado para o acompanhamento das internações no domicílio.
2. Número elevado de casos que não são acompanhados pela Equipe de Saúde da Família.

Fontes: Ficha do usuário, informações obtidas durante as visitas domiciliares, informações dos ACS, boletins de atendimento do PID.

NOTAS SOBRE O PLANEJAMENTO EM SAÚDE

A descrição do problema por meio de indicadores também deve ser acompanhada das fontes de verificação, ou seja, qual a procedência desses dados? Uma segunda observação acerca da descrição do problema refere-se à necessidade de impedir que na enunciação do mesmo ocorra mais de uma interpretação. Isso exige muita clareza nesta etapa, para que o grau de complicação na descrição do problema seja o menor possível.

Para a descrição do problema e para a explicação situacional, alguns dados que a equipe dispõe e que são encontrados na ficha de cadastro das famílias, realizada em sua maioria pelos ACS, são de fundamental importância e podem ser convertidos em informações pertinentes para uma análise mais ampla da situação em que está inscrito o problema. Assim, por exemplo, é necessário organizar os dados das famílias e transformá-los em informações demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas. Uma outra função dos dados obtidos com as visitas domiciliares e a ficha cadastral diz respeito ao acompanhamento e à avaliação do plano.

Entretanto, existem alguns dados que são originados de outras fontes, como o número total da população na área adscrita e das subáreas, que podem ser obtidos por meio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em relação aos dados epidemiológicos, podemos recorrer aos documentos de notificação de agravos e doenças transmissíveis da Secretaria Municipal de Saúde, ou elaboramos um inquérito epidemiológico que abarque a situação epidemiológica da área, acentuando os aspectos da morbimortalidade, ou ainda fazer um levantamento no cartório sobre os óbitos e nascimentos da área de abrangência da unidade. Essas atividades podem ser divididas pelos membros da equipe de saúde.

Identificar e descrever os problemas de saúde é uma atividade que merece ser realizada em grupo, com o objetivo de ampliar a discussão sobre as questões a serem enfrentadas pela equipe e a comunidade. A descrição dos problemas é uma estratégia usada na identificação de elementos concretos que explicitam o problema. Por exemplo, a taxa de morbidade e a taxa de residências com água encanada podem ajudar na descrição do problema da dengue na comunidade.

Explicar os problemas que foram selecionados como prioritários ajuda na identificação dos reais fatos que determinam a constituição do mesmo nos diferentes planos que ele se apresenta, buscando a sua causa, ou seja, a regra capaz de promover a intervenção sobre o problema.

POLÍTICAS DE SAÚDE

Explicando o Problema e Definindo a Intervenção

A explicação de um problema, para o planejamento, corresponde ao esforço de identificar a causa dos descritores do problema. Tal tarefa pode ser auxiliada com as seguintes interrogações: “qual é a causa disto?” Ou “o que causa isto?”. As perguntas devem se concentrar nos descritores com o objetivo de deixar claro as diferentes causas. Com muita freqüência, identificamos muitas causas que passam a desenhar, na medida em que o processo de explicação vai sendo produzido, uma rede explicativa.

Na maioria dos casos, a causa do problema constitui mais de um evento reconhecido como sendo o motivador da questão. Como no caso da dengue, as causas podem ser: ausência de coleta de lixo na comunidade, controle inadequado no armazenamento de água, entre outros. Quando estas causas vão sendo identificadas, uma rede vai sendo desenhada.

São muitas as causas, e, como não se consegue traçar ações para todas ao mesmo tempo, é necessário que se faça uma análise, pois algumas das causas que compõem a rede são mais importantes que outras na determinação dos problemas e dos descritores. As causas que se mostram dessa forma durante a explicação são denominadas ‘nós críticos’ e correspondem ao fator que determina mais de um problema presente na rede.

Para escolher um nó crítico, é preciso utilizar três critérios que devem ser satisfeitos simultaneamente:

- Possuir alto impacto sobre os descritores do problema. Ou seja, se atuarmos sobre essa causa, os descritores do problema serão modificados;
- Ser um centro prático de ação, ou seja, possibilitar a atuação sobre o problema;
- Ser um centro oportuno de ação política durante o período do plano. É necessário analisar o custo político da intervenção, o que se perde e o que se ganha com essa intervenção.

Ao selecionar as intervenções necessárias para agir na busca de alterar o problema, deve-se considerar o “(...) impacto na situação de saúde dos grupos populacionais (valorização política, econômica e sanitária); ser potencialmente epidêmico; disponibilidade de tecnologia para abordá-lo; custo da intervenção” (Teixeira, 1994: 245). Além da intervenção a ser desenhada, é importante destacar os resultados que poderão ser alcançados a médio, longo e curto prazo.

Identificando o que Fazer – as Operações Necessárias – para Enfrentar o Problema

Ao identificarmos um problema, a sua definição ou mesmo a sua solução costuma estar implícita na própria configuração situacional que acompanha a descrição do mesmo, ou em uma imagem do que possa vir a ser a saída para a questão a ser enfrentada. Entretanto, o esforço de fazer uma sistematização das ações que serão usadas para o enfrentamento do problema é sempre desejável. O processo de construção das operações pode ser o espaço de construção coletiva e criativa ao enfrentamento do problema.

A elaboração de cenários possíveis é fundamental para traçar as operações, pois, ao desenhar o panorama das operações, são apontados também os recursos necessários, os prazos para o cumprimento das ações, os responsáveis e os resultados que serão alcançados durante a operação.

A cada operação corresponde um número X de ações, o que significa que podemos desenhar diferentes operações para a solução do problema com o intuito de alcançar os resultados propostos. Dentre as operações desenhadas, algumas podem ser contrárias aos interesses de algum ator e gerar conflitos na condução do plano. São operações denominadas conflitivas ou conflituosas. No caso da identificação de tais operações, é preciso fazer uma avaliação do peso político do ator que está tendo seus interesses contrariados e quais são os recursos que o mesmo detém capazes de atrapalhar o plano. Após esta análise, as estratégias para trabalhar com essa situação podem envolver um processo de negociação com o ator em questão. É preciso buscar elementos que possam ser úteis na persuasão e até mesmo na cooptação do mesmo. Uma saída extrema é o confronto, desde que a análise para a tomada desta última estratégia esteja bem feita.

No momento de análise da viabilidade do plano traçado, é necessário lembrar que o ato de planejar é realizado por diversos atores. Logo, existirão vários planos atuando na realidade, com disputas de projetos. Portanto, teremos de avaliar no momento da análise os atores que estão envolvidos com o problema. No momento de colocar o plano em ação, teremos outras operações em jogo.

Contudo, quando analisamos o dia-a-dia dos serviços de saúde, deparamo-nos com diferentes planos sendo realizados pelos diferentes profissionais de

POLÍTICAS DE SAÚDE

saúde, o que permite afirmar que “(...) No limite, cada operador de saúde, ou seja, cada trabalhador, pode vir a fazer um plano individual de trabalho como meio de organizar a distribuição do seu tempo no cumprimento das atividades e tarefas sob sua responsabilidade” (Teixeira, 1994: 258). Dessa forma, no interior de uma equipe, podemos identificar também operações distintas. O esforço é a construção de operações capazes de coletivamente alterar o problema de saúde vivido pela população.

A seguir, um exemplo de planilha de distribuição das ações para as operações desenhadas com vistas à solução de um problema. A cada ação são traçados os recursos (cognitivo, político, econômico e organizativo) necessários para o desenvolvimento da mesma; o estabelecimento de prazos para a realização das ações; os resultados esperados com a implantação da ação; e a definição de um responsável pela condução. Isso não significa que a implantação das ações ficará a cargo do mesmo, mas sim que ele ficará responsável em gerenciar e coordenar tal ação. O responsável pode também ser um grupo de pessoas e não necessariamente um indivíduo.

Quadro 4 – Sugestão de planilha de distribuição das ações para as operações desenhadas com vistas à solução de um problema

Problema:

Operação:

AÇÕES	RECURSOS	PRAZOS	RESULTADO	RESPONSÁVEL

Fonte: O'Dwyer, De Seta & Oliveira, 2002.

Acompanhando a Execução do Plano

O acompanhamento do plano é tão importante quanto a explicação do problema e a elaboração das ações. Com base nele, podemos reavaliar as atividades propostas e, ao mesmo tempo, construir novos caminhos alternativos de acordo com a conjuntura. Para tanto, um monitoramento das ações deve ser

NOTAS SOBRE O PLANEJAMENTO EM SAÚDE

considerado, levando-se em conta as operações, os prazos para alcançá-las e os recursos necessários; estes podem não ser suficientes para o cumprimento do plano: "(...) corresponde a um processo permanente de formulação e detalhamento de propostas de ação, continuamente negociadas com base em análises de direcionalidade e viabilidade. Traduzindo em objetivos e passos metodológicos o processo de desenho e estratégias (...)" (Teixeira, 1994: 251).

Um segundo destaque é para o alcance dos resultados. Existe a necessidade de imaginar que o resultado só será alcançado apenas ao final do processo. Entretanto, existem resultados que serão conseguidos durante o percurso e que estes, muitas vezes, significam a possibilidade de viabilidade do plano, ou mesmo o acúmulo de algum recurso.

O problema descrito revela indicadores que podem servir de parâmetro na avaliação e acompanhamento do plano. A mudança dos mesmos representa redirecionar as ações. Para além dos indicadores utilizados para avaliação do plano, podemos pensar em outros indicadores que possam ser úteis para o acompanhamento sistemático das ações de saúde. Deixar a avaliação para o final pode não ter grande utilidade, já que a intenção é a mudança no problema de saúde vivenciado pela população.

Conclusão

O planejamento deve ser uma prática a ser perseguida pelas equipes de Saúde da Família como um modo de pensar ações de saúde mais próximas da realidade local e como uma estratégia de superação da rotina e da promoção da motivação e da integração dos profissionais. O planejamento pode ser normativo ou estratégico.

Na saúde, enfrentamos problemas complexos e mal-estruturados. Podemos empregar os conceitos operados com o PES: enfoque de planejamento predominantemente político, que opera com o poder como categoria central e que permite uma atuação mais orgânica e democrática, com impacto positivo na qualidade de vida da população. No entanto, para o PES, o poder não se restringe à questão econômica ou administrativa, mas se expressa na capacidade de ação, de mobilização e pela produção de fatos pelo ator social.

O PES trabalha com o conceito de explicação situacional. Na saúde, este elemento pode ser usado para ampliar a participação e a democratização das

POLÍTICAS DE SAÚDE

ações de saúde. A explicação busca incorporar a elucidação dos vários atores sociais envolvidos. Nesta etapa, o ACS é um ator fundamental, pois apresenta uma explicação mesclada entre a equipe de saúde e a população.

Por último, vale destacar que o PES busca um intercâmbio favorável de problemas, ou seja, pretende resolver um problema grave e se defrontar com outro menos grave que o primeiro, de modo a ampliar a participação e a transformação das práticas em saúde.

Referências

- CAMPOS, R. O. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(3): 723-731, jul.-set., 2000.
- FERREIRA, A. B. H. *Miniaurélio Século XXI: o minidicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.
- GALLO, E. et al. *Planejamento Criativo: novos desafios teóricos em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- GESTHOS. *Gestão Hospitalar: capacitação a distância em administração hospitalar para pequenos e médios estabelecimentos de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Guia do Participante/Módulo IV)
- MATUS, C. *O Plano como Aposta*. São Paulo: Perspectiva, 1991.
- MATUS, C. *Política, Planejamento e Governo*. Brasília: Ipea, 1993.
- MENDES, E. V. (Org.) *Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário*. n. 13. Brasília: OPS, OMS, 1994. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde)
- MERHY, E. E. *A Saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de políticas*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão. Tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (Org.) *Razão e Planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. Rio de Janeiro, São Paulo: Abrasco, Hucitec, 1995.
- O'DWYER, G.; DE SETA, M. H. & OLIVEIRA, S. P. In: GESTHOS. *Gestão Hospitalar. Gestão Hospitalar: capacitação a distância em administração hospitalar para pequenos e médios estabelecimentos de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Guia do Participante/Módulo II)
- PAIM, J. S. O movimento pelo planejamento de saúde na América Latina. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 10: 46-52, 1983.
- RIVERA, F. J. U. (Org.) *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. 2.ed. Rio de Janeiro: Cortez, Abrasco, 1992.

NOTAS SOBRE O PLANEJAMENTO EM SAÚDE

TEIXEIRA, C. F. Planejamento e programação situacional em distritos sanitários: metodologia e organização. In: MENDES, E. V. (Org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, Abrasco, 1994.

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

O Financiamento da Saúde no Brasil

*Carlos Gonçalves Serra
Paulo Henrique Rodrigues*

Introdução

Entre os inúmeros fatos freqüentemente divulgados nos últimos anos pela mídia e que caracterizam o que as manchetes consagraram como 'crise da saúde', estão aqueles relacionados com a escassez de recursos financeiros. Na verdade, este tem sido um problema recorrente desde o final dos anos 60.

Os problemas de financiamento da saúde desencadeiam outras questões, que são objeto de denúncias diárias, como as filas de usuários por serviços de saúde, a falta de leitos hospitalares para atender às necessidades de saúde da população, ou a dificuldade de acesso aos medicamentos essenciais.

As questões que envolvem o financiamento da saúde estão intimamente relacionadas aos fatos sociais, políticos e econômicos ocorridos no país. Este artigo aborda o tema desde o início do século XX, com ênfase no período de construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Financiamento da Saúde ao Longo da História

Para apresentar o desenvolvimento do financiamento da saúde no Brasil, optou-se por utilizar uma periodização já consagrada e utilizada inclusive por historiadores da saúde (Lima, Fonseca & Hochman, 2005). Ao longo do texto são estabelecidas algumas comparações com a situação de outros países.

Primeira República (1889-1930)

Durante a Primeira República, as principais iniciativas na área da saúde pública situaram-se no campo do saneamento e na criação, em 1923, das Caixas de Aposentadorias e Pensões (Caps). As ações de saneamento foram desenvolvidas prioritariamente nas cidades portuárias (Santos e Rio de Janeiro), lideradas por Oswaldo Cruz, concentrando-se depois dos anos 20 no interior do país, sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado em 1920 e dirigido inicialmente por Carlos Chagas.

POLÍTICAS DE SAÚDE

O financiamento das ações do DNSP era responsabilidade do governo central. As ações eram verticalizadas e centralizadas, constituindo-se em um dos principais instrumentos para a construção da autoridade do governo, em um período em que prevaleciam os interesses regionais da oligarquia agro-exportadora (Lima, Fonseca & Hochman, 2005).

A separação entre as ações de saúde pública, centradas no saneamento, conduzidas pelo DNSP, e a assistência médica sob responsabilidade das Caps, iniciada na Primeira República, caracterizou o início de uma longa dicotomia no sistema público de saúde brasileiro.

As Caps foram fruto do projeto de lei do deputado Eloy Chaves, que regulamentou iniciativas informais dos trabalhadores, inicialmente os ferroviários, no sentido do atendimento de necessidades nos campos da previdência e da saúde. O modelo adotado pela lei Eloy Chaves foi o do seguro social bismarckiano, no qual o acesso aos benefícios sociais dependia de contribuição prévia por parte dos trabalhadores e empregadores.

O modelo estabelecido por Bismarck ao final do século XIX na Alemanha constituiu-se no primeiro sistema de proteção social. Era baseado em três pilares: 1) na colaboração de classes – trabalhadores e patrões como co-responsáveis pela gestão dos serviços de assistência, previdência e saúde; 2) na contribuição de ambas as classes para o financiamento do sistema, com base em desconto obrigatório nas folhas de pagamento das empresas; 3) na organização por categorias econômicas ou profissionais – como forma de dividir o movimento dos trabalhadores. Também conhecido como conservador, o modelo bismarckiano era voltado para o mercado formal de trabalho, não se configurando, portanto, como um sistema baseado em direitos, uma vez que o acesso aos serviços sociais era um benefício condicionado ao pré-pagamento das contribuições (Esping-Andersen, 1998).

Vários países adotam este sistema ou regime de bem-estar social, com pequenas variações, servindo de molde para seus sistemas de saúde. Ainda hoje grande parte dos países da América Latina, como a Argentina, o México e o Uruguai, adotam este regime. Na Europa continental, o seguro social ainda é utilizado em países como a Alemanha, Bélgica, França e Holanda. Outros países, como a Espanha, Itália, Grécia e Portugal, o substituíram, no último quarto do século XX, pelo regime social-democrata, base-

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

ado no direito social (Esping-Andersen, 1996), construindo sistemas de saúde públicos e de acesso universal¹.

As Caps, diferentemente do modelo tradicional alemão, eram organizadas por empresas. O alcance social das Caps foi muito restrito. Em 1932, quando elas começaram a ser substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (laps), havia 140 Caps, com cerca de 200 mil segurados (Carvalho, 2001), numa população de pouco mais de 39 milhões de brasileiros (IBGE, 2003).

O sistema das Caps buscava assegurar para trabalhadores urbanos do mercado formal de trabalho um regime previdenciário e assistência médica, ao contrário do que viria ocorrer com os laps nas décadas seguintes. Como as Caixas não contavam com redes próprias de assistência médica, passaram a contratar serviços de saúde de terceiros, dando início ao mercado de serviços de saúde privados no Brasil.

O financiamento dessas ações dependia das contribuições dos empregadores – inicialmente 3% – e das empresas – 1% da renda bruta (Oliveira & Teixeira, 1989). Estes percentuais foram sendo alterados gradualmente por sucessivos decretos e estavam condicionados a uma proporção da arrecadação total das Caps (Wilken, 2005).

Primeiro Governo Vargas (1930-1945)

A primeira fase do governo Vargas foi constituída pelo governo provisório instaurado pela Revolução de 1930, que introduziu importantes mudanças nos direitos de cidadania, em geral, e na política social brasileira, em particular. As mais importantes foram: o estabelecimento do voto secreto e do direito de voto das mulheres, em 1932 (Fausto, 2000); a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), em 1930 (decreto n. 19.402, de 14 nov. 1930) e a criação do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos (IAPM), em 1933.

A Criação do IAPM deu início à transformação das Caps nos laps (Carvalho, 2001), sob a tutela do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), depois do Ministério do Trabalho e da Previdência Social (MTPS). Os laps foram criados de acordo com o figurino típico do sistema e seguro social, ou seja,

¹ Sobre políticas sociais e Estado de Bem-Estar-Social, ver Linhares e Pereira, texto “O Estado e as políticas sociais no capitalismo”, no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

POLÍTICAS DE SAÚDE

por categorias profissionais ou econômicas. Ao longo dos anos 30 foram criados novos laps, como: IAPB (bancários), IAPI (industriários), IAPTEC (transportes e cargas), IAPASE (servidores do Estado), IAPC (comerciantes) e IAPFESP (Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos).

Os laps destinavam-se apenas aos trabalhadores do mercado formal de trabalho das cidades. Assim, tanto os trabalhadores rurais quanto os informais das cidades continuaram sem acesso aos benefícios previdenciários e de saúde. Ainda que voltado para uma parcela da população, os laps tiveram um alcance social muito mais amplo do que as Caps, em função, principalmente, do aumento da urbanização e da industrialização a partir dos anos 1930. Em 1945, o número de segurados dos laps atingiu 2,8 milhões, um aumento aproximado de cerca de 20 vezes o número de 140 mil segurados de 1930 (Oliveira & Teixeira, 1989).

Uma das características mais importantes dos laps, que os diferenciavam das Caps era a forte presença do Estado, que indicava o presidente dos seus colegiados de gestão, os quais contavam, ainda, com representações dos empregadores e trabalhadores. Quanto à estrutura das receitas, as contribuições das empresas e dos trabalhadores passaram a ser arrecadadas pelo governo federal, que as transferia posteriormente para os laps. A gestão financeira do sistema previdenciário era baseada no regime de capitalização, havendo a obrigação de formação de reservas financeiras para garantir as futuras aposentadorias e pensões (fundo de garantia).

Segundo diversos autores, a gestão dessas reservas nem sempre era criteriosa. Conforme Braga e Paula (apud Matisjascic, 2002: 22), “não havia diretrizes específicas para a aplicação das reservas. Muitas vezes a aplicação de recursos não tinha por meta maximizar os ganhos financeiros das aplicações, servindo para financiar atividades cujo retorno pecuniário era duvidoso”. De acordo com esses mesmos autores, “em 1955, os montantes aplicados em títulos e valores mobiliários, que obtinham rendimentos mais elevados, representaram apenas 30% do patrimônio total. Esse montante foi reduzido para 13% em 1964, deteriorando a situação econômica dos laps” (p. 22).

Os recursos dos laps teriam sido gastos em outros investimentos de retorno duvidoso para o Estado, tais como a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), a Companhia Hidroelétrica do São Francisco (CHESF), a Fábrica Nacional de Motores (FNM) e a Viação Férrea Federal Leste Brasilei-

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

ro. Tais recursos nunca teriam retornado aos caixas dos institutos, segundo Oliveira e Teixeira (1989).

O centro da atenção dos laps era o financiamento das aposentadorias e pensões. Nem todos os institutos ofereciam assistência médica aos seus segurados, apenas o IAPM e o IAPB ofereceram desde o início este tipo de assistência. Os segurados do IAPC, por exemplo, só passaram a contar com essa proteção em 1940, e os do IAPI, em 1953. A unificação dos benefícios só foi estabelecida em 1960, quando foi aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social (Matijascic, 2002).

Assim como as Caps, os laps ofereciam assistência médica principalmente por meio de serviços terceirizados. Apenas ao final dos anos 40 é que foram criadas as primeiras unidades próprias de saúde dos institutos e, mesmo assim, limitadas a alguns grandes centros urbanos, como Rio e São Paulo. A experiência do laps no campo da assistência médica expandiu a tendência inaugurada pelas Caps de fortalecimento do mercado privado de serviços de saúde no país.

Matisjagic (2002) aponta que o forte incremento das despesas com serviços médicos constituiu-se numa das principais explicações para a deterioração financeira do sistema previdenciário. As despesas médicas representavam, em 1940, 13,4% do total dos gastos dos laps, enquanto em 1967, atingiram 29,6%.

A dicotomia entre ações de saúde pública centradas, de um lado, em ações preventivas – imunização, saneamento e controle de vetores –, e de outro, na assistência médica – de caráter curativo e especializado – oferecida pelo sistema previdenciário continuou durante todo o período. Enquanto o sistema previdenciário financiava a assistência médica para uma parcela da população urbana, o Mesp financiava as ações de saúde pública de caráter coletivo, desenvolvidas, sobretudo, no interior do país (Lima, Fonseca & Hochman, 2005).

Em 1937, o antigo DNSP foi substituído pelo Departamento Nacional de Saúde (DNS). Em 1942, com apoio norte-americano, e em função do esforço de guerra dos aliados, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), uma autarquia pública ligado ao Mesp, ao qual o DNS era subordinado. Inicialmente, a finalidade do Sesp era organizar ações de saneamento e de atenção integral à saúde para as populações da área de produção da borracha (Amazônia) e de ferro (Minas Gerais).

POLÍTICAS DE SAÚDE

Período democrático (1945-1964)

No período democrático inaugurado após o fim do Estado Novo não houve mudanças institucionais significativas nem na saúde previdenciária, nem nas atribuições do Ministério da Saúde, criado em 1953. Além da criação do próprio Ministério, cabe menção à criação do Serviço de Assistência Médica da Previdência Social (Samps) na área da Previdência em 1955 (Cordeiro, 1984) e do Departamento de Endemias Rurais (Deneru) no novo Ministério da Saúde, coerente com a crescente importância atribuída nacional e internacionalmente à melhoria das condições sanitárias da população como condição para o desenvolvimento.

O amadurecimento do sistema previdenciário levava ao aumento do número de aposentados e pensionistas e, em consequência, à elevação das despesas com os mesmos. Oliveira e Teixeira (1989) mostram que as despesas médias por segurado subiram de Cr\$ 472,89, em 1945, para Cr\$ 2.408,70, em 1963, considerando-se valores de 1923. Por conta deste aumento das despesas, as reservas do sistema (fundo de garantia), que em 1945 representavam 6,8 vezes as despesas anuais totais, em 1964 já não garantiam nem as despesas daquele ano.

É importante assinalar que ajudavam a comprometer a saúde financeira do sistema previdenciário a ausência da contrapartida da União e o aumento da inadimplência do recolhimento das empresas. O desequilíbrio foi a marca do sistema no final do período. Em 1960, a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (Lops) uniformizou os benefícios, contribuindo para agravar as dificuldades financeiras do sistema.

No plano privado, além dos prestadores de serviço que já se fortaleciam desde a criação das Caps e dos laps, a grande novidade foi o surgimento dos primeiros planos de saúde de autogestão – organizados pelas grandes empresas para seus funcionários – e os primeiros planos de saúde de grupo, na esteira da industrialização acelerada dos anos 50.

O governo militar (1964-1985)

O período do regime militar corresponde à intensificação das tendências de centralização do sistema de saúde em torno de órgãos do governo federal e à privatização das ações e serviços de saúde (Cordeiro, 2005). O regime militar

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

enfrentou a crise financeira do sistema previdenciário, com a unificação dos laps no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), utilizando, como justificativas o 'saneamento financeiro' e a 'racionalização' do sistema (Oliveira & Teixeira, 1989)

O novo INPS passou a gerir seus recursos não mais de acordo com o regime de capitalização, mas pelo de caixa, segundo o qual não se procura mais formar reservas, sendo as despesas cobertas com as receitas correntes. O novo regime de administração financeira se apoiava nas crenças de uma composição etária constante da população – na qual a proporção de adultos supera largamente a de idosos – e na hipótese de crescimento econômico crescente. Desta forma, a economia geraria empregos suficientes, dos quais se originariam as contribuições necessárias para manter sadio o caixa da Previdência. Este sistema é adotado na maior parte do mundo, baseando-se em uma espécie de compromisso entre as gerações, nas quais os idosos contam com a garantia das contribuições dos mais jovens (Myles & Pierson, 2001).

Outra mudança adotada pelo governo militar na Previdência Social que se constituiu em um grande incentivo ao desenvolvimento do setor privado de saúde foi a portaria 583, que introduziu o Plano de Ação para a Previdência Social (Paps), estabelecendo a utilização sistemática de serviços de terceiros para a assistência médica (Cordeiro, 1984). Tal medida ampliou a contratação de serviços privados pelo INPS.

Do ponto de vista da política de saúde pública conduzida pelo Ministério da Saúde, houve, essencialmente, uma grande continuidade das ações de saneamento, imunizações e controle de vetores. Neste sentido, pode-se registrar como uma novidade institucional a criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), em 1970, que sucedeu ao antigo Deneru e coordenava, de forma centralizada e vertical, as ações de controle de vetores em todo o país (Rodrigues, Carvalho & Silva, 1992).

No início dos anos 70, o governo militar promoveu grande ampliação da cobertura do sistema previdenciário, caminhando no sentido da universalização do acesso às aposentadorias, pensões e assistência médica. A primeira das medidas neste sentido foi a criação do Prorural pela lei complementar n. 11, que estendeu aos trabalhadores rurais os benefícios da Previdência Social (Santos, 1994). Da mesma maneira, em 1972, a lei 5.859 beneficiou as empregadas domésticas e, em 1973, a lei 5.890 contemplou os trabalhadores autônomos (Oliveira & Teixeira, 1989).

POLÍTICAS DE SAÚDE

Visando viabilizar a extensão da cobertura dos serviços médicos para esses novos grupos, o Ministério da Previdência criou, em 1974, o Plano de Pronto Ação (PPA), pretendendo, com esta iniciativa, assegurar a todos os brasileiros o acesso a serviços de urgência e emergência, e recomendando, ao mesmo tempo, a compra de serviços médicos ao setor privado (Santos, 1994; Cordeiro, 1984).

Para facilitar a provisão de serviços por estabelecimentos privados, o governo criou para este fim, no mesmo ano, mecanismo de financiamento com base em recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), gerido pela Caixa Econômica Federal, viabilizando, na prática, uma grande extensão da rede de serviços privados de saúde (Santos, 1994). O conjunto dessas medidas significou um enorme aumento das despesas do sistema previdenciário com assistência médica, e fortaleceu ainda mais o setor privado.

A partir de 1974, quando a rearticulação da sociedade civil resultou em uma importante vitória eleitoral do partido de oposição (MDB), críticas ao sistema de saúde público vigente começaram a surgir em diferentes setores da sociedade, e as principais diziam respeito às suas características: excludentes – grande parte da população não tinha acesso; centralizadoras – as ações e serviços eram conduzidos e financiados principalmente pelo governo federal; privatizantes – por conta da prioridade para a compra de serviços e dos estímulos financeiros ao setor privado; e desintegradas – havia grande dissociação entre ações preventivas e curativas.

Em 1977, foi criado pela lei n. 6.430 o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), que se desdobrava nos seguintes institutos: INPS; Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas).

A criação do Inamps teve como objetivo a aglutinação de toda a assistência médica prestada pelos diversos órgãos da Previdência Social. Constituiu, neste sentido, mais um passo em direção à ampliação do acesso à atenção médica no Brasil, sem ter significado sua universalização. Isto porque o acesso aos serviços continuou a depender da contribuição dos trabalhadores e empregadores, mas como uma parcela importante da população continuava fora do mercado formal de trabalho, permaneceu sem acesso aos benefícios previdenciários e de saúde.

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

O Inamps era o principal responsável pelo financiamento da atenção médica. Com o fim do chamado “milagre econômico”, a partir dos anos 80, aprofundou-se a crise da previdência. O Inamps passou a viver dificuldades financeiras por conta tanto da ampliação dos seus beneficiários quanto da estagnação de suas receitas, afetadas pela crise econômica iniciada em 1980. Uma estratégia de contenção de gastos procurou enfrentar esses problemas, visando controlar os gastos e conter a expansão dos contratos com o setor privado, passando a privilegiar o setor público. Um dos principais instrumentos dessa estratégia foi o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), criado em 1981.

As principais ações do Conasp foram: a implantação do Sistema de Atenção Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) e as Ações Integradas de Saúde (AIS). Desenvolvidas a partir de 1983, as AIS visavam integrar as ações e serviços do Inamps com os do Ministério da Saúde e dos estados e municípios, através de mecanismos de regionalização e hierarquização do conjunto da rede pública, estabelecidos por convênios. Um dos principais objetivos era o de se disciplinar o financiamento e o controle da rede assistencial privada contratada (Cordeiro, 2005).

Uma importante influência internacional para as propostas de reformulação do sistema de saúde brasileiro foi a Conferência Internacional de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978. Esta conferência representou um verdadeiro marco para os sistemas de saúde do mundo, ao propor um conceito ampliado de saúde, defender a saúde como um direito de cidadania a ser contemplado por meio de políticas públicas de responsabilidade do Estado e enfatizar a necessidade de articulação da atenção primária à saúde com os sistemas nacionais para garantir a continuidade dos cuidados à saúde (OMS/Unicef, 1978).²

Além da Conferência de Alma-Ata, diversos países vinham passando, nos 20 anos anteriores, por reformas sanitárias, em que seus governos reconheciam a saúde como direito e começavam a implantar sistemas públicos de saúde de acesso universal. Entre tais reformas, merecem destaque as ocorridas na Suécia, em 1962; Canadá, em 1969; e na Itália, Portugal, Austrália e

¹ Sobre a Conferência de Alma-Ata e outros marcos da atenção primária à saúde, ver Matta e Fausto, texto “Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas”, no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

POLÍTICAS DE SAÚDE

Grécia, em 1979. Nos anos 80, como parte das iniciativas da sociedade brasileira contra o regime militar, tomou corpo o Movimento Sanitário, envolvendo diferentes setores da sociedade.

A redemocratização (1985-1988)

Em 1985, no contexto da redemocratização do país, membros do Movimento Sanitário vieram a ocupar posições centrais na hierarquia do sistema nacional de saúde, dando início a diversas mudanças na política de saúde. Eleutério Rodrigues, da Universidade de Brasília (UNB) e do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), foi nomeado Secretário-Geral do Ministério da Saúde; Hesio Cordeiro, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), presidente do Inamps; e Sergio Arouca, presidente da Fundação Oswaldo Cruz.

Em 1987, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), no qual o Inamps deixou de atuar como órgão de execução direta de ações e serviços de saúde, repassando essas atribuições e os recursos para o seu financiamento aos governos estaduais. As unidades de prestação de serviços de saúde do Inamps – 41 hospitais e 614 Postos de Assistência Médica (PAM) – foram transferidas para a administração direta das secretarias estaduais de saúde, e as superintendências estaduais do Inamps foram extintas e incorporadas às secretarias estaduais.

Pode-se dizer que a principal iniciativa vitoriosa do movimento foi, sem dúvida, a articulação da abertura para a sociedade na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), em 1986, e a mobilização em torno da defesa das teses da Reforma Sanitária tanto na conferência quanto na assembléia nacional constituinte. A VIII CNS foi a primeira, na história das conferências de saúde, a contar com a participação de representantes da sociedade e a ser precedida por pré-conferências estaduais.³ O núcleo central das proposições da VIII CNS propunha:

ampla mobilização popular para garantir (...) que se inscrevam na futura Constituição: a caracterização da saúde de cada indivíduo como de inte-

³ Sobre os movimentos sociais no campo da saúde nos anos da redemocratização, ver Braga, texto “A sociedade civil e as políticas de saúde no Brasil dos anos 80 à primeira década do século XXI”, no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

resse coletivo, como dever do Estado, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais; e a garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (...) (Brasil, 1986 – resolução n. 13, tema 1)

Com pequenas alterações, as principais resoluções da VIII CNS foram incorporadas ao texto da Constituição Federal de 1988, que criou o SUS como sistema público de acesso universal. Tal como outros sistemas semelhantes existentes no mundo – Canadá, Cuba, Espanha, Inglaterra, Itália países escandinavos, entre outros –, este tipo de sistema é baseado no reconhecimento da saúde como um direito de cidadania, e as ações e serviços são financiados pelo setor público, com base nas suas receitas tributárias (Esping-Andersen, 1998).

Do ponto de vista dos mecanismos de financiamento da saúde no Brasil, as principais resoluções da VIII CNS foram as seguintes:

Deverá ser constituído um orçamento social que englobe os recursos destinados às políticas sociais dos diversos Ministérios aos distintos fundos sociais (...) cabendo ao de saúde (...) o Fundo Federal de Saúde. Em nível estadual e municipal serão formados Fundos Únicos de Saúde de maneira análoga.

(...)

Os recursos destinados à saúde serão determinados através da prefixação de percentual mínimo sobre as receitas públicas;

Os recursos da Previdência serão gradativamente retirados do financiamento das ações de saúde. (...) Os recursos financeiros da Previdência Social devem destinar-se exclusivamente para custear um seguro social justo aos trabalhadores da cidade e do campo.

A distribuição de recursos financeiros não deve levar em consideração apenas o contingente populacional de cada região e sua arrecadação fiscal. Deve também considerar as condições de vida e de saúde da região, promovendo, assim, uma distribuição mais justa dos recursos (...) (Brasil, 1986 – tema 3).

Como se vê, a VIII CNS apontava no sentido tanto da constituição do atual Orçamento da Seguridade Social (OSS) – “orçamento social que englobe os recursos destinados às políticas sociais” – quanto da criação de fundos de saúde como propunha a gradual separação entre as fontes de financiamento da

POLÍTICAS DE SAÚDE

previdência e da saúde. A Constituição acabou colocando na mesma fonte – o OSS – o financiamento da Saúde, da Previdência e da Assistência Social. Com o tempo, entretanto, em função das dificuldades da Previdência Social a partir de 1993, houve uma separação, na prática, dessas fontes.

O Financiamento do SUS

O contexto de implantação das normas

Um dos aspectos mais difíceis da implantação do SUS está relacionado ao seu financiamento. Foram muitas as origens dessas dificuldades: a herança do modelo de seguro social (INPS/Inamps); o advento da política econômica neoliberal a partir do início dos anos 90; o endividamento público e os diversos planos econômico-financeiros voltados para o seu enfrentamento; a crise financeira da previdência social; entre outros, configurando o que foi chamado de “Sistema em crise permanente” (Levcovitz, 1997).

A primeira dessas razões, a herança do período do regime de seguro social, continua exercendo influência até hoje.⁴ O sistema de saúde anterior à Reforma Sanitária era voltado para uma parcela da população e baseado na contribuição dos beneficiários e no pagamento dos prestadores de serviços privados dos procedimentos por estes realizados. Essas características enfatizavam as ações de tipo assistencial, com forte ênfase na especialização crescente da medicina e no uso nem sempre criterioso de tecnologias de diagnóstico e terapia (Cordeiro, 1991).

Até hoje a herança do sistema de seguro social anterior é sentida no SUS. A forma pela qual são financiados as ações e os serviços do SUS ainda é muito semelhante ao que fazia o antigo Inamps em relação aos seus prestadores privados de serviços, ou seja, o pagamento é feito de acordo com os procedimentos ambulatoriais ou hospitalares realizados. Hoje, tais pagamentos são feitos com base em programação pactuada entre os gestores das três esferas de governo e são limitados a um teto financeiro, mas continuam a ter por base os procedimentos realizados, mantendo forte relação com a rede de serviços existente. Como esta ainda não tem uma distribuição adequada no território,

⁴ Sobre o histórico e análise da seguridade social no Brasil, ver Monnerat e Sena, texto “A seguridade social brasileira: dilemas e desafios”, no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

os recursos acabam concentrados nos estados e municípios que contam com redes de serviços mais estruturadas.

A política econômica neoliberal⁵ e as fortes pressões dos credores das dívidas externa e interna submeteram a política social como um todo e o setor de saúde, em particular, a grandes dificuldades. Tais dificuldades dizem respeito principalmente à redução dos recursos disponíveis para o financiamento da saúde, o que ocorre, sobretudo, no início dos anos 90, durante o governo Collor de Mello (Levcovitz, 1997), como mostram os dados do Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 – O ‘desfinanciamento’ da saúde no governo Collor de Mello

Ano	US\$ por hab./ ano	Governos
1987	80,30	José Sarney
1988	72,10	
1989	79,70	
1990	65,90	Collor de Mello
1991	53,90	
1992	44,30	
1993	49,60	Itamar Franco
1994	67,97	
1995	98,53	Fernando H. Cardoso
1996	100,29	

Fonte: Levcovitz, 1997: 200.

Como se pode ver, os gastos totais federais por habitante caíram de cerca de US\$ 80,00 em média (governo Sarney), para cerca de US\$ 44,00 em 1993, reduzindo brutalmente o valor dos procedimentos pagos pelo SUS e afastando diversos prestadores privados do sistema (Levcovitz, 1997). Na cidade de São Paulo, por exemplo, dos 17 hospitais privados conveniados ao SUS, 16

⁵ Sobre as políticas sociais no neoliberalismo, ver Linhares e Pereira, texto “O Estado e as políticas sociais no capitalismo”, no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

POLÍTICAS DE SAÚDE

denunciaram seus convênios, deixando de atender aos pacientes do sistema público. Os governos seguintes aumentaram os recursos federais para a saúde, mas a tabela de valores do SUS continua muito defasada.

Em 1993, o agravamento da crise da previdência social levou o então ministro Antônio Britto a anunciar a interrupção da transferência de recursos previdenciários para a saúde. Este fato inaugurou um longo período de instabilidade financeira do SUS, que perdurou até, pelo menos, o ano de 2001, quando os efeitos da Emenda Constitucional n. 29, aprovada pelo Congresso em 2000, começaram a se fazer sentir (Brasil, 2000).

Normas legais

A Constituição Federal determina que o SUS seja financiado com recursos do OSS da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes (artigo 198, parágrafo único). Deve-se lembrar que a seguridade social envolve os direitos, políticas e serviços relativos à saúde, à previdência social e à assistência social.

A LOS, lei n. 8.080/90 (Brasil, 1990a), incluiu os seguintes princípios que afetam a questão do financiamento do SUS (artigo 7º):

VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

(...)

XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; (...) (Brasil, 1990a)

Desta forma, a distribuição dos recursos financeiros do SUS deve ser feita de acordo com critérios epidemiológicos, ou seja, levando em consideração as necessidades de saúde comprovadas por critérios científicos.⁶ As diferentes esferas de governo são co-responsáveis pelo financiamento do sistema. Deve-se chamar a atenção, entretanto, para o fato de que até hoje o princípio estabelecido pelo inciso VII não vem sendo atendido de forma efetiva, como vai se mostrar adiante.

⁶ Sobre instrumentos de análise de situação de saúde e diagnóstico sócio-sanitário, ver Monken e Barcellos, texto "Instrumentos para o diagnóstico sócio-sanitário no Programa de Saúde da Família", no livro *O Território e o Processo Saúde-Doença*, nesta coleção (N. E.).

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

O artigo 31 da LOS determina que o OSS destine ao SUS, de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional com a participação dos órgãos da previdência e da assistência social. Como foi dito anteriormente, a previdência social foi tradicionalmente a principal fonte do financiamento da saúde no Brasil, sendo, até hoje, o principal componente do OSS. Desde 1993, todavia, a crise financeira da previdência social impediu que esta continuasse a financiar o SUS.

O artigo 33 da LOS estabeleceu a lógica dos fundos de saúde, ao definir que os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. O § 1º do mesmo artigo especifica que “na esfera federal, os recursos financeiros (...) serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde”. As ‘contas especiais’ são, portanto, os fundos nacional, estaduais e municipais de saúde, que devem existir obrigatoriamente em cada esfera de governo. Isto se deu de forma semelhante em toda a área social brasileira – há fundos também nas áreas da assistência social e educação.

A criação dos fundos especiais na área social pretendia garantir a utilização dos recursos a ela destinados para o financiamento dos seus programas e atividades. A criação desses fundos na área social foi, em parte, uma tentativa de reação à existência do sistema de caixa único, implantado no país nos anos 80, por imposição do Fundo Monetário Internacional (FMI), segundo o qual todos os recursos financeiros governamentais deveriam ser geridos em conta única. Os objetivos desta imposição eram: racionalizar a gestão financeira e assegurar recursos para o pagamento da dívida pública.

Os critérios que devem orientar a transferência dos recursos da União para os estados e municípios estão estabelecidos na LOS, dos quais devem ser destacados:

- I – perfil demográfico da região;
- II – perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III – características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV – desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- (...)

POLÍTICAS DE SAÚDE

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

Até hoje tais critérios não são integralmente seguidos, por conta das dificuldades políticas vividas no processo de implantação do SUS. É importante lembrar que o ex-presidente Collor de Mello vetou diversos dispositivos da LOS, dentre eles parágrafos do artigo 35, que tratavam dos critérios para a transferência de recursos da União para os estados e municípios. A reação do Congresso Nacional aos vetos levou à aprovação da lei n. 8.142/90, que trata da participação social e do financiamento.

Foi a Lei n. 8.142/90 (Brasil, 1990b) que tornou obrigatória a existência dos fundos de saúde nas três esferas de governo (art. 4.º, I), estabelecendo que só poderão receber recursos da União para financiar as ações e serviços de saúde os estados e municípios que contarem com os mesmos, além de planos e conselhos de saúde. As transferências diretas de recursos entre os fundos de saúde da União (FNS), dos estados (FES) e dos municípios (FMS) são chamadas de transferências fundo a fundo.

Normas operacionais

Neste item são comentados os principais dispositivos das Normas Operacionais Básicas (Nobs) e de Assistência à Saúde (Noas).

NOB 01/91

A primeira NOB (NOB n. 01/91), editada quando o Inamps ainda existia, embora já incorporado à estrutura do Ministério da Saúde, estendeu ao SUS os mecanismos usados por aquele instituto para financiar as ações e serviços de saúde. Os principais mecanismos eram: a) repasse por produção de serviços; b) transferências negociadas; c) as tabelas utilizadas pelo Inamps para pagar aos prestadores privados de serviços. Desta forma, a lógica do Inamps para o setor privado foi estendida para as unidades públicas de saúde, em oposição ao ideário da Reforma Sanitária.

A NOB 01/91 estabeleceu para o SUS a utilização de tabelas de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, processada por meio dos Sistemas de Informações Ambulatorial (SIA) e Hospitalar (SIH). As internações

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

hospitalares dependem de Autorização de Internações Hospitalares (AIH). Tanto os procedimentos ambulatoriais como os hospitalares são objeto de faturamento ao SUS por parte das unidades de prestação de serviço, por meio do SIA e do SIH. Como há grande desigualdade na distribuição regional da rede de ações e serviços, a distribuição dos recursos administrados pelo SIA e pelo SIH é muito desigual.

Visando, entre outras coisas, evitar o abuso no faturamento dos procedimentos controlados pelo SIA e SIH, a NOB 01/01 estabeleceu tetos financeiros para a distribuição dos valores respectivos.

Um dos critérios estabelecidos pela NOB 01/91, que guardava alguma correspondência com os critérios estabelecidos pelo artigo 35 da LOS, foi a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), definida de acordo com a tabela que estabelecia para seis grupos de estados valores da unidade que deveriam ser multiplicados pela população para o cálculo do teto financeiro de cada estado, destinado à assistência ambulatorial (Wilken, 2005).

NOB 01/93

A NOB 01/93 procurou criar bases para o avanço do processo de descentralização do SUS. Com este objetivo, introduziu mudanças na forma de repasse dos recursos fundo a fundo, e criou as condições de habilitação de gestão incipiente, parcial e semipleno para os estados e municípios. Quanto mais avançada a condição ou estágio de habilitação alcançado pelo estado ou município, maior a autonomia que contava para alocar os recursos transferidos pela União.

Como destacam alguns autores, esta NOB conseguiu implantar, “pela primeira vez (...) as transferências ‘fundo a fundo’ dos recursos federais (...) Os municípios habilitados na condição de gestão semiplena passaram a contar com o recurso global da assistência ambulatorial e hospitalar” (Levcovitz, Lima & Machado, 2001: 277).

Esta NOB, contudo, inaugurou um tipo de mecanismo que praticamente passou a obrigar os municípios a seguirem as determinações federais relativas à organização do SUS, ferindo sua autonomia constitucional. Essa norma penalizava a não adesão com a suspensão das transferências do Ministério da Saúde. (Arretche, 2003).

POLÍTICAS DE SAÚDE

NOB 01/96

A NOB 01/96, vigente até hoje, modificou os critérios de habilitação à gestão do SUS – gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema – e estabeleceu um mecanismo para permitir a negociação da distribuição dos recursos a serem transferidos pela União aos estados e municípios: a Programação Pactuada Integrada (PPI). Esta programação é feita em nível nacional pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e em cada estado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Tais comissões são responsáveis pela definição negociada dos objetivos, metas e respectiva utilização dos recursos financeiros federais do SUS.

A NOB 01/96 estabeleceu um grande avanço no sentido do cumprimento dos critérios definidos pela LOS para o repasse de recursos – perfil demográfico e epidemiológico – que foi o Piso da Atenção Básica (PAB), recurso federal transferido para os municípios com base na população para o financiamento da atenção básica, ou primária. Tais recursos inicialmente foram fixados em R\$ 10,00 por habitante (PAB Fixo). O total de recursos do PAB Fixo deve financiar a atenção básica em todos os municípios, inclusive os não habilitados à gestão do SUS.

A NOB 01/96 criou ainda os incentivos aos programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs),⁷ que acrescentam aos valores do PAB percentuais variáveis em função da cobertura assistencial desses programas, e para o financiamento das ações especializadas de média complexidade – medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses e tratamento fora de domicílio – criou a Fração de Assistência Especializada (FAE), cujos valores são negociados na PPI.

Outra inovação foi o estabelecimento dos tetos financeiros de assistência do estado (TFAE) e dos municípios (TFAM), transferidos automaticamente fundo a fundo, uma vez estabelecidos pelas PPIs. A lógica dos tetos financeiros praticada pelo Ministério da Saúde se baseia nas séries históricas de produção, que refletem o padrão de utilização dos serviços segundo a disponibilidade de oferta. Vale ressaltar que esta lógica de cálculo deixa

⁷ Sobre o Pacs e o PSF, ver Corbo, Morosini e Pontes, texto “Saúde da família: construção de uma estratégia de atenção à saúde”, no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

de lado qualquer consideração sobre o perfil epidemiológico e demográfico, bem como os demais critérios definidos pela LOS.

Para o financiamento dos procedimentos de alta complexidade, foi estabelecida a Autorização de Procedimentos de Alto Custo (Apac), hoje chamada de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade. As Apacs são administradas por meio do Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade (Sipac).

Complementando a NOB 01/96 na área do financiamento dos procedimentos de alta complexidade, foi criado, em 1999, o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (Faec) (Brasil, 1999), cujo objetivo parece ter sido o de atenuar alguns impactos negativos dos parâmetros de programação dos tetos financeiros. O Faec ampliou os recursos para o financiamento de ações e serviços de atenção básica e para a atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, considerados estratégicos pelo Ministério da Saúde.

Os recursos do Faec são alocados diretamente nos fundos municipais de saúde dos municípios em gestão plena, e o restante dos recursos são atribuídos ao estado, sendo geridos pelo Fundo Estadual de Saúde (FES), para repasse aos demais municípios através do mecanismo de produção de serviços, conforme os tetos financeiros definidos na PPI.

As ações estratégicas financiadas pelo Faec priorizam procedimentos terapêuticos e campanhas, ou mutirões, como os de varizes, catarata, retinopatia diabética, próstata, combate ao câncer cérvico-uterino e de mamas etc. Tais recursos são considerados extrateto, sendo transferidos diretamente às unidades de saúde que realizam tais procedimentos, visando estimular o aumento da oferta daqueles procedimentos.

Noas

As normas operacionais de assistência à saúde (Noas) tiveram como principal objetivo a criação de bases para uma distribuição mais equitativa da rede de ações e serviços do SUS. Foram voltadas, sobretudo, para a regionalização e hierarquização da rede e o estabelecimento de critérios para a organização dos serviços de média e alta complexidade. A primeira Noas (01/01) foi editada em 2001, sintomaticamente logo após a aprovação da Emenda Constitucional n. 29, de 2000, que estabeleceu regras mais estáveis para o financiamento da saúde. Ou seja, como a EC 29/00 abriu o caminho para a

POLÍTICAS DE SAÚDE

superação da instabilidade financeira, parece ter sobrado energia para cuidar das questões que envolvem a garantia do acesso e da integralidade da atenção no SUS.

A Noas define um processo para a regionalização da saúde que é composto pela definição nos estados, com a participação dos municípios e sob a coordenação das secretarias estaduais de saúde, de um Plano Diretor de Regionalização (PDR) e de um Plano Diretor de Investimentos (PDI). O PDR de cada estado deve definir regiões de saúde onde se pretende que sejam oferecidos serviços dos três níveis de atenção (básica, média e alta complexidades).

As regiões de saúde podem ser subdivididas em microrregiões e módulos assistenciais, para a organização da oferta de serviços de média complexidade. A idéia é que as populações dos municípios que não contam com serviços de média ou de alta complexidade tenham esses serviços de outros municípios que compõem um módulo assistencial, uma microrregião ou a região de saúde, como referência para seu acesso aos mesmos.

A Noas 01/02 estabeleceu nova condição de gestão dos sistemas municipais de saúde, a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) e as áreas de atuação estratégicas mínimas da mesma: o controle da tuberculose; a eliminação da hanseníase; o controle da hipertensão arterial; o controle do *diabetes mellitus*; a saúde da criança; a saúde da mulher; e a saúde bucal. Tais procedimentos mínimos são financiados pelo PAB Ampliado (PAB-A), também instituído pela Noas. Na verdade, tanto o GPAB-A como o PAB-A foram estabelecidos para dar conta tanto da saúde bucal, que passou a integrar o elenco mínimo, como de outros procedimentos que foram incluídos entre os já estabelecidos para a atenção básica.

A Noas estabeleceu um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, visando assegurar o acesso a toda a população no âmbito microrregional, a serem oferecidos em um ou mais módulos assistenciais. Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreende atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico (M1) e de internação hospitalar.

O financiamento das atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico (M1) deve ser feito com base na programação de um valor *per capita* nacional mínimo, fixado pela Portaria n. 975 do Ministro da Saúde (Brasil, 2001b) em R\$ 6,00. Para que os municípios responsáveis pelos procedimen-

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

tos possam fazer jus a este valor, as microrregiões a que pertencem devem ser qualificadas, por meio de reconhecimento na CIT, e encaminhadas pela CIB do estado respectivo, uma vez cumpridos pré-requisitos estabelecidos pela Noas.

O financiamento das internações hospitalares deve ser feito de acordo com o processo de PPI, conduzido pelo gestor estadual, respeitado o limite financeiro global da assistência de cada unidade da federação.

Financiamento de procedimentos de alta complexidade

Em 1999, foi criado o Faec (Portaria GM/MS n. 531 – Brasil, 1999), cuja finalidade foi a “de arcar com os pagamentos dos procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual, próprios da Câmara Nacional de Compensação, e dos decorrentes da execução de ações consideradas estratégicas”. O Faec ampliou os recursos para o financiamento de ações e serviços de atenção básica e para a atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, considerados estratégicos pelo Ministério da Saúde.

A forma de utilização dos recursos do Faec foi regulamentada pela Portaria GM/MS n. 627 (Brasil, 2001a). Os recursos para o financiamento da alta complexidade – geridos pelo Sipac – são transferidos do Fundo Nacional de Saúde diretamente para o Fundo dos Municípios em Gestão Plena, sendo os recursos atribuídos ao estado geridos pelo Fundo Estadual de Saúde, para repasse aos demais municípios por meio do mecanismo de produção de serviços, conforme os tetos financeiros definidos na PPI.

As ações estratégicas definidas pelo Ministério da Saúde priorizam procedimentos terapêuticos, e inúmeras campanhas ou mutirões, como os de varizes, catarata, retinopatia diabética, próstata, combate ao câncer cérvico-uterino e de mama etc. Tais recursos são considerados extrateto, sendo transferidos diretamente às unidades de saúde que realizam tais procedimentos, por intermédio dos fundos estadual ou municipal de saúde, visando estimular o aumento da oferta dos mesmos.

Fontes de Financiamento do SUS

Desde a criação do SUS, houve grandes mudanças nas fontes de financiamento do SUS. A Constituição Federal define que a seguridade social (onde se inclui a saúde) deve ser financiada por toda a sociedade, com base nas con-

POLÍTICAS DE SAÚDE

tribuições sociais e loterias. As principais contribuições sociais são: Contribuição sobre a Folha de Salários (CFS); Fundo de Investimento Social (Finsocial); Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins); e Contribuição sobre o Lucro Líquido (CLL). É o seguinte o texto do artigo que trata do tema:

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:

a) a folha de salários [CFS] e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;

b) a receita ou o faturamento [Finsocial/Cofins];

c) o lucro [CLL];

II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social [CFS], não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201;

III - sobre a receita de concursos de prognósticos [loterias].

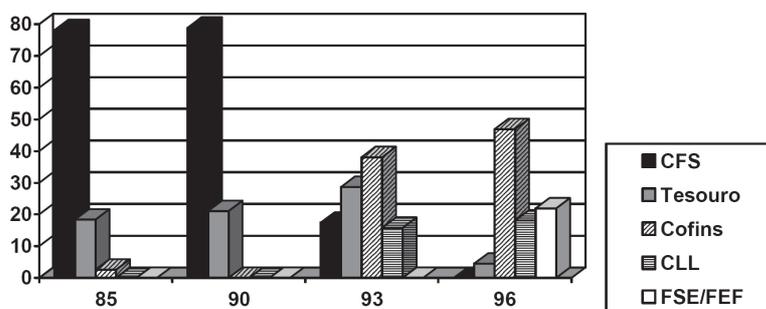
IV - do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar (Brasil, 1988– artigo 195).

No início dos anos 90, o governo federal era responsável por mais de 70% dos recursos financeiros do SUS (Levcovitz, 1997), participação esta que se reduziu na primeira década do século XXI, como vai ser visto adiante.

Desde 1993, o esgotamento de sua principal fonte de financiamento – as CFS, administrada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social – criou um sério problema de instabilidade das fontes de recursos para o SUS. O gráfico 1, a seguir, ilustra bem tal instabilidade.

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

Gráfico 1 – Fontes de financiamento do SUS – 1985-1996



Fonte: Levcovtiz, 1997: 183.

Por conta desta instabilidade, o SUS passou por sérios problemas de financiamento, entre 1993 e 2001, o que motivou diversas tentativas de mudança do quadro, tais como o Fundo Social de Emergência (FSE), o Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF).

A CPMF foi criada pela lei n. 9.311, de 24 de outubro de 1996, sendo oriunda – dos débitos realizados pelas instituições financeiras nas contas mantidas por correntistas sobre os movimentos financeiros feitos pelos mesmos. Houve sucessivas alterações relativas à cobrança da CPMF. A última delas foi a EC 42/03, que acrescentou mais um artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), o de número 90, e prorrogou o prazo da cobrança até 31 de dezembro de 2007.

A discussão atual no Congresso Nacional está polarizada entre a proposta dos partidos de oposição de acabar com a CPMF a partir de dezembro e a do governo em prorrogá-la até 2011.

A Tabela 1 mostra, ao contrário do que pensa parte da população, que dos 0,38% que incidem sobre as contribuições financeiras, 0,20% desses recursos são destinados à saúde; 0,10% para o custeio da Previdência Social; e 0,08% para o fundo de combate e erradicação da pobreza.

POLÍTICAS DE SAÚDE

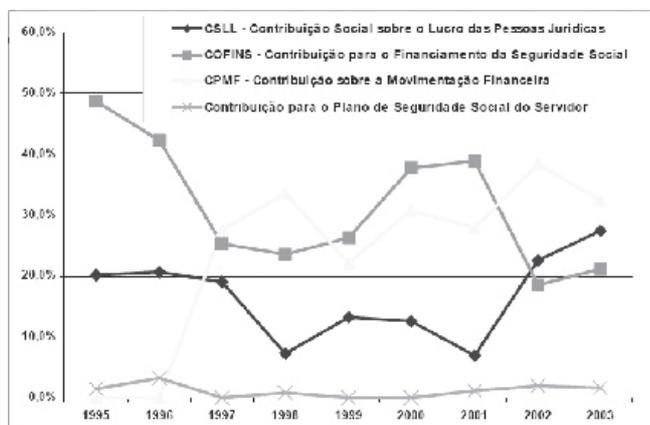
Tabela 1 – CPMF – destinação legal dos recursos

DESTINAÇÃO DOS RECURSOS	2004
Financiamento das ações e serviços de saúde	0,20%
Custeio da Previdência Social	0,10%
Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza	0,08

Fonte: Benevides, 2005.

Desde sua criação, em 1996, a CPMF teve um papel cada vez maior entre as contribuições sociais que financiam a saúde no país, ao contrário do que muitos pensam. O Gráfico 2, a seguir, apresenta a evolução das contribuições sociais no orçamento do Ministério da Saúde entre 1995 e 2003. Com base no mesmo, pode-se ver que a trajetória desta receita foi crescente, tendo sido a principal das contribuições sociais que financiam a saúde, em 2003.

Gráfico 2 – Participação das contribuições sociais no financiamento do Ministério da Saúde, 1995-2003



Fonte: adaptado de Benevides, 2005.

A instabilidade financeira do SUS só começou a ser superada quando foi aprovada, em 2000, a emenda à Constituição de n. 29 (EC 29/00), que garantiu recursos adicionais para a saúde e responsabilizou todos os entes federados pelo financiamento do SUS, com efeito a partir de 2001. Foi a seguinte a

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

vinculação de receitas determinada pela Emenda: estados – 12% da receita de impostos e transferências constitucionais e legais; municípios – 15% da receita de impostos e transferências constitucionais e legais; União – o montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB. Para estados e municípios, foi estabelecido um aumento gradual, a partir do mínimo de 7% em 2000, até atingirem respectivamente 12% e 15%, em 2004.

Com relação à União, a EC n. 29 dispõe que, durante o período de transição (2001/2004), deveria ser aplicado o disposto no artigo 77, I, do ADCT. Para o ano 2000, deveria ser aplicado o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, 5% (ADCT, artigo 77, I, a) e, para os anos de 2001 a 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB (ADCT, artigo 77, I, b).

A regra geral para os estados no período de transição era a aplicação de pelo menos 12% (doze por cento) da base vinculável (ADCT, artigo 77, II), no ano de 2004. Os estados que estivessem abaixo desse patamar deveriam aplicar pelo menos 7% de suas receitas vinculadas. Entre 2001 a 2004, a diferença entre o efetivamente aplicado e os 12% estipulados deveria ser reduzida na razão mínima de 1/5 ao ano.

Quanto aos municípios, a regra geral para o período de transição era a aplicação em ações e serviços públicos de saúde de 15% da base vinculável (ADCT, artigo 77, II). A evolução dos percentuais até 2004 deverá seguir a mesma lógica dos estados, ou seja, a elevação gradual do percentual até 15%, com aplicação mínima será de 7% em 2000, reduzindo-se a diferença à razão mínima de um quinto por ano entre 2000 e 2004.

Um problema que permanece até hoje decorre da não regulamentação da EC 29/00. Como a legislação não especificou o que pode ser considerado gasto com a saúde, diversos governos têm lançado como gastos despesas com outras atividades, como farmácias populares, programas de combate à miséria e à fome etc.

Como consequência da emenda, a composição do gasto por nível, ou esfera de governo, deverá sofrer mudança importante, com o crescimento, principalmente, da contribuição dos estados. A Tabela 2, a seguir, apresenta o gasto percentual das três esferas de governo em 2000 e as estimativas

POLÍTICAS DE SAÚDE

para 2004, dando idéia do impacto da emenda sobre a contribuição de cada esfera de governo.

Tabela 2 – Crescimento do gasto público *per capita* com saúde por esfera de governo – 2000-2004

Ano	União		Estados		Municípios		TOTAL	
	R\$ p/c	%	R\$ p/c	%	R\$ p/c	%	R\$ p/c	%
2000	119,86	59,74	37,18	18,53	43,60	21,73	200,64	100,00
2001	130,37	56,17	47,97	20,67	53,77	23,17	232,11	100,00
2002	141,65	53,11	57,71	21,64	67,34	25,25	266,70	100,00
2003	153,67	50,69	69,11	22,80	80,39	26,52	303,17	100,00
2004	182,59	51,14	84,33	23,62	90,12	25,24	357,04	100,00

Fonte: Ministério da Saúde, SIS, CGOP, Siops apud Faveret, 2002.

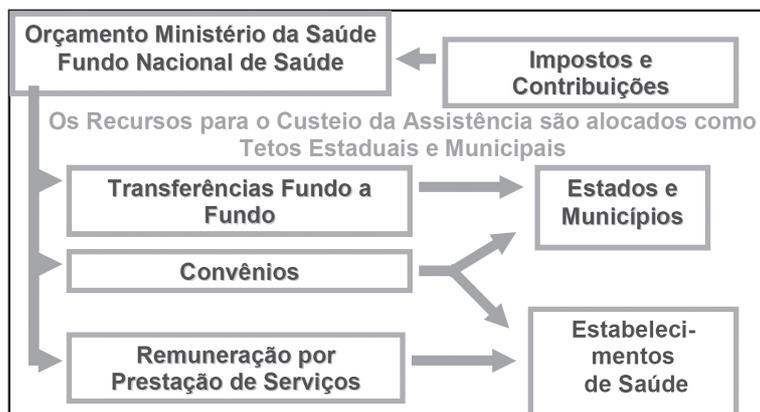
Como se pode ver nos dados apresentados na Tabela 2, os principais efeitos da EC 29/00 são: o aumento geral das despesas das três esferas de governo e a participação crescente dos estados e municípios no financiamento do sistema. A estimativa é que os estados respondam pela maior proporção de aumento (126,8%) no período, seguidos pelos municípios que aumentaram seus gastos, segundo as estimativas em 106,7%.

Fluxo dos Recursos do Sistema Único de Saúde

Para concluir é preciso apresentar, resumidamente, a forma de circulação, ou o fluxo dos recursos do SUS. São as seguintes as modalidades de transferência de recursos: a) transferências fundo a fundo; b) remuneração por serviços produzidos; c) recursos de convênios. O Gráfico 3, a seguir, procura demonstrar, didaticamente, o fluxo de recursos financeiros no SUS.

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

Gráfico 3 – Fluxo resumido dos recursos do SUS



Fonte: Brasil, 2006

Com relação às transferências fundo a fundo, deve-se lembrar que o conceito-chave é o de teto financeiro – calculado pela média histórica das transferências –, que corresponde ao valor máximo que o governo federal pode repassar para os estados e municípios e é fixado anualmente nas PPIs. Nos municípios habilitados para a gestão plena do sistema, um doze avos do valor do teto são integralmente repassados do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal a cada mês. Nos demais municípios, os recursos são transferidos para pagar serviços executados, por meio do Fundo Estadual de Saúde, sendo o teto o limite máximo pago pelo governo federal.

Já os recursos para a remuneração de serviços produzidos visam ao pagamento direto aos prestadores de serviços da rede cadastrada do SUS nos estados e municípios não habilitados em Gestão Plena de Sistema. Destinam-se ao pagamento de: faturamento hospitalar registrado no SIH; e produção ambulatorial registrada no SIA. Também observam os tetos financeiros dos respectivos estados e municípios. A transferência depende da apresentação de faturas, elaboradas com base na tabela de serviços do SIA e do SIH. Incluem-se nesta modalidade, ainda, os recursos extrateto para pagamento de procedimentos considerados estratégicos (por exemplo, transplantes), cujos valores são repassados às unidades que os realizaram, após processamento (conferência) das informações pelos gestores do SUS.

POLÍTICAS DE SAÚDE

Já os recursos relacionados aos convênios visam financiar a realização de ações e programas de responsabilidade mútua do órgão concedente (ou transferidor dos recursos) e o conveniente (recebedor). Os convênios podem ser estabelecidos entre instituições públicas, entidades filantrópicas ou organizações não-governamentais (ONGs). O repasse dos recursos é feito de acordo com o cronograma físico-financeiro aprovado como parte de plano de trabalho, anexo ao convênio, e com a disponibilidade financeira do concedente. O depósito dos recursos é feito em contas especialmente abertas para convênio.

Para concluir esta parte, é importante chamar a atenção para o fato de que o desenvolvimento dos mecanismos de financiamento do SUS contribuiu para a forte concentração de poder da União. Arretche (2003) chama a atenção para o fato de que o Ministério da Saúde é o ator mais poderoso na arena do SUS, por controlar a maior parte dos recursos financeiros dos quais dependem os estados e municípios e deter o controle das decisões importantes, feitas por meio de suas portarias administrativas.

Considerações Finais

O longo período que precedeu a criação do SUS, marcado por uma dicotomia entre as ações principalmente preventivas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e as ações assistenciais, desenvolvidas pelo sistema de saúde previdenciário, deixou heranças no financiamento do sistema atual. A principal delas é o mecanismo de repasse de recursos federais para o financiamento das ações e serviços, baseado fundamentalmente no critério da remuneração de procedimentos, oriundo dos antigos INPS e Inamps, que representa, ainda, a maior parcela dos recursos do Ministério da Saúde.

Tal herança vem dificultando o cumprimento dos critérios estabelecidos pela lei n. 8.080/90 (Brasil, 1990), que enfatizam a referência populacional e epidemiológica. Este mecanismo de financiamento ajuda a manter, ainda, a enorme disparidade existente na rede de saúde do país – concentrada nos maiores centros das regiões Sudeste e Sul – na medida em que os repasses são feitos para as áreas que têm as maiores redes, capazes de realizar mais procedimentos de média e alta complexidade. Ainda que a distribuição de recursos seja feita por meio de pactuação na CIT e nas CIBs, ela leva em consideração o histórico da produção dos serviços, reforçando, ou mantendo as desigualdades.

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

A montagem gradual de um complexo sistema de negociação, ou pactuação, entre os gestores das diferentes esferas de governo em torno da distribuição dos recursos federais para o financiamento do SUS foi um saldo importante da segunda metade dos anos 90. Ainda que haja lacunas importantes nos mecanismos de distribuição dos recursos entre as diferentes esferas de governo, a PPI constitui um elemento importante de negociação entre a União, os estados e municípios.

Uma forte instabilidade das fontes de financiamento marcou praticamente todo o período de desenvolvimento do SUS até, pelo menos, 2001, quando os efeitos da EC 29/00 começaram a se fazer sentir. Tal instabilidade foi agravada pela crise da previdência, que eclodiu em 1993 e anulou o papel da CFS no financiamento da saúde, que era, até então, a principal receita do setor durante décadas. Ainda que a EC 29/00 tenha contribuído para reduzir a instabilidade financeira do SUS, o fato de ela não ter sido regulamentada permite que diversas esferas de governo, inclusive o federal, lancem como despesas de saúde gastos em outras atividades.

A implantação dos mecanismos de financiamento do SUS manteve um grande poder de decisão nas mãos do Ministério da Saúde, contrariando a diretriz constitucional de descentralização. Por deter a maior parcela dos recursos de financiamento do sistema, o Ministério tem o poder de impor sua vontade sobre os estados e municípios.

Nos últimos anos tem havido uma queda da participação federal no financiamento do SUS e um aumento correspondente da participação dos estados e municípios. Apenas nos cinco primeiros anos do século XXI (2000-2004), a participação da União caiu em mais de 8%, de 59,7% para 51,1%, ao passo que a dos estados aumentou de 18,5% para 23,6% e a dos municípios passou de 21,7% para 25,2%, no mesmo período. Esta queda do financiamento federal contrasta com a alta concentração de poder que esta esfera de governo mantém no sistema.

Referências

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2): 331-345, 2003.

POLÍTICAS DE SAÚDE

- BENEVIDES, R. *O Financiamento da Saúde e a EC 29/2000 (Apresentação)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 5 out. 1988.
- BRASIL. Lei n. 8.080, 19 set 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- BRASIL. Lei n. 8.142, 28 dez. 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- BRASIL. Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS 01/96), Publicada no *Diário Oficial da União* 6 nov. 1996.
- BRASIL. Lei n. 9.656, 3 jun. 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.
- BRASIL. Portaria GM/MS n. 531, 30 abr. 1999.
- BRASIL. Emenda Constitucional n. 29, 13 set. 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.
- BRASIL. Portaria GM/MS n. 627, 26 abr. 2001a.
- BRASIL. Portaria GM/MS n. 975, 3 jul. 2001b.
- BRASIL. Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas 01/02), Portaria GM/MS n. 373, 27 fev. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca virtual. Disponível em: <[www.bvsm.saude.gov.br/bvpublicacoes/15 anos_Folder20SUS.pdf](http://www.bvsm.saude.gov.br/bvpublicacoes/15%20anos_Folder20SUS.pdf)>. Acesso em: dez. 2006.
- CARVALHO, J. M. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- CORDEIRO, H. A. *As Empresas Médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.
- CORDEIRO, H. A. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Rio, 2005.
- ESPING-ANDERSEN, G. Welfare states without work: the impasse of labour shedding and familialism in continental European social policy. In: ESPING-ANDERSEN, G. (Ed.) *Welfare States in Transition, National Adaptations in Global Economics*. Londres: Sage Publications, United Nations Research Institute for Social Development, 1996.
- ESPING-ANDERSEN, G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. New Jersey: Princeton University Press, 1998.

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

- FAUSTO, B. *História do Brasil*. São Paulo: Edusp, 2000.
- FAVERET, A. C. S. C. *Federalismo Fiscal e Descentralização no Brasil: o financiamento da política de saúde, na década de 90 e início dos anos 2000*, 2002. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População do Brasil (estimativas e recenseamentos), 1776/1935. In: *Estatísticas do Século XX*. Rio de Janeiro: IBGE, 2003 (CD-ROM).
- LEVCOVITZ, E. *Transição x Consolidação, O Dilema Estratégico do SUS – um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde*, 1997. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- LEUCOVITZ, E.; LIMA, C. D. & MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciência e Saúde Coletiva* 6(2): 269-291, 2001.
- LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O. & HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: reforma sanitária e perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- MATIJASCIC, M. *Crise e Reformas do Complexo Previdenciário no Brasil*, 2002. Tese de Doutorado, São Paulo: Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas.
- MYLES, J. & PIERSON, P. The comparative political economy of pension reform. In: PIERSON, P. (Ed.) *The New Politics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
- OLIVEIRA, J. A. de. A. & TEIXEIRA, S. M. F. (In) *Previdência Social no Brasil – 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1989.
- OMS/UNICEF. Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-ATA, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Geneva: OMS, Unicef, 1978.
- RODRIGUES, P. H., CARVALHO, A. I. & SILVA, H. M. *Diagnóstico Institucional da Fundação Nacional de Saúde*. Rio de Janeiro: Ibam, 1992.
- SANTOS, W. G. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus, 1994.
- WILKEN, P. R. C. *Política de Saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde: uma realidade em construção*. Rio de Janeiro: Unisuam, 2005.

O Medicamento na Política de Saúde no Brasil: como os agentes comunitários de saúde podem contribuir para a promoção do acesso e do uso racional dos medicamentos?

*Vera Lucia Luiza
Gabriela Costa Chaves
Elaine Silva Miranda
Orenzio Soler*

O Medicamento: mercadoria ou insumo de saúde?

Os medicamentos, quando corretamente utilizados, são ferramentas essenciais para tratamento de doenças, podendo contribuir para o bem-estar físico e mental, com conseqüente melhora da qualidade de vida. Para tanto, é necessário que estejam disponíveis para a população, ou seja, não é suficiente ter um medicamento pesquisado, desenvolvido e produzido – é importante que as pessoas tenham acesso a ele.

Através da história humana e da cultura, as populações têm atribuído uma especial força transformadora às substâncias materiais. Em todas as épocas e sociedades, os medicamentos têm ocupado um lugar importante nas práticas curativas. As demandas das pessoas por substâncias que atuem em seu organismo são universais e estão entre as mais antigas e simbólicas experiências humanas (Lefevre 1991; Laporte & Tognoni 1993; Tucker 1997). Apesar de os produtos farmacêuticos modernos serem geralmente caracterizados por seus elementos racionais e científicos, os aspectos simbólicos, mágicos, religiosos – e até mesmo místicos – relacionados à ingestão de drogas, quer seja substância natural ou sintética, ao hábito e desejo universal de tomar algo para contrapor à doença, persistem.

O uso de substâncias com objetivos terapêuticos praticamente acompanha a história da humanidade. Há mais de 3.500 anos, o Papiro de Ebers relacionava mais de 700 produtos medicinais, e os textos mais antigos sobre os

POLÍTICAS DE SAÚDE

fármacos chineses parecem ter sido compilados aproximadamente em 200 a.C (Pellegrino 1976). Segundo o mesmo autor, na Europa, as ervas mais antigas de que se tem conhecimento foram compiladas por Diocles de Karistos e por Teofrasto de Éfeso, no século IV a.C. Dentro do modelo de assistência à saúde excessivamente medicalizado e mercantilizado, que se desenvolveu no mundo ocidental contemporâneo,¹ os medicamentos continuaram a ocupar um espaço importante no processo saúde-doença, sendo, hoje, praticamente impossível pensar a prática médica ou a relação médico/paciente/farmacêutico sem a presença desses produtos.

O efeito de qualquer medicamento em um indivíduo, ou seja, o efeito total do fármaco depende de uma série de elementos para além das suas propriedades farmacológicas. Dentre esses elementos, pode-se destacar: a) os atributos das drogas em si (sabor, aroma, forma, cor, nome); b) os atributos do paciente recebendo o medicamento, tais como experiência, educação, personalidade, *background* sociocultural; c) os do prescritor ou dispensador do produto, que incluem a personalidade, *status* profissional ou autoridade; d) as condições e locais em que a droga é administrada (Lefevre, 1991). Esses fatores não farmacológicos tanto podem intensificar como reduzir o efeito da droga e estão entre os responsáveis pela enorme variabilidade na resposta individual à terapêutica medicamentosa.

A efetividade do medicamento precisa ser compreendida com base em uma perspectiva fundamentada no modelo científico experimental (medicina e farmácia baseada em evidência), o qual tem limitações. Em primeiro lugar, muitos dos estudos que geram as evidências científicas são realizados em condições controladas que, em geral, não são reproduzidas no cotidiano. Ademais, as pessoas leigas ou profissionais de saúde não utilizam medicamentos apenas por conta dessa eficácia clínica ou epidemiológica. Mais que suas funções farmacológicas, o que os tornam tão populares, tanto entre leigos como entre profissionais de saúde, são seus significados simbólicos, culturais e socioeconômicos.

Estudos antropológicos, como os já clássicos, enfatizam a eficácia dos símbolos que curam pacientes, sendo que cerca de 60% da ação dos medica-

¹ Sobre o modelo biomédico, ver Silva Junior e Alves, texto "Modelos Assistenciais em saúde: desafios e perspectivas", no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

O MEDICAMENTO NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

mentos devem-se à confiança que os pacientes depositam nele e não à ação farmacológica dos princípios ativos que contêm (Lévi-Strauss 1989; Laporte & Tognoni 1993). Esta confiança no medicamento está, portanto, estreitamente ligada à confiança depositada no médico que o prescreve e no farmacêutico que o dispensa.

A lógica do simbolismo dos medicamentos, nas assim chamadas sociedades 'primitivas', implica uma perspectiva de magia, fetichismo ou animismo. A importância dos pajés, mas também de herbalistas, benzedores é essencial em tal contexto (Lévi-Strauss 1989; Lefevre, 1991), especialmente no que diz respeito à relação usuário/especialista. Entretanto, há de se ressaltar que essa lógica persiste, embora em muito transformada, a exemplo da pajelança entre a população cabocla da Amazônia, no Brasil.

No entanto, nas sociedades modernas, o medicamento também tem o simbolismo, considerado a chamada 'bala mágica', capaz de curar todos os males e resolver todos os problemas. Quando bem utilizados, os medicamentos são, seguramente, a intervenção mais comum e mais custo-efetiva nos cuidados de saúde. Mal utilizados, podem ser uma grande fonte de problemas, como desperdício de recursos, inefetividade, reações adversas e outros.

Seu forte poder e apelo está no fato de eles simbolizarem não só a saúde como também o poder da moderna tecnologia científica. Segundo Tucker (1997), há pessoas que vêem os medicamentos tanto como um fator de dependência a eles próprios e aos profissionais de saúde quanto como fator importante na normalização de suas vidas, na medida em que permitem a retomada de suas atividades normais, cotidianas. Ainda nesta direção, as pessoas percebem esses bens no sentido de legitimar a doença e o doente, apresentando-se com a prova concreta de que determinado indivíduo é incapaz de trabalhar ou de ser normal.

No imaginário coletivo, os medicamentos simbolizam a saúde concretizada em comprimidos, ampolas etc., mas também significam falta de saúde. Podem, tanto representar a atenção e preocupação dos familiares e médicos como também serem considerados, na ausência dos mesmos, uma alternativa para a falta de atenção e cuidados. Há, ainda, os que os compreendem tanto como meios de comunicação quanto como indicadores de não-comunicação. Podem ser considerados os resultados de um dado conhecimento, isto é, a seleção de certo medicamento como prova concreta de uma certeza quanto ao diagnóstico

POLÍTICAS DE SAÚDE

(Laporte & Tognoni, 1993). Porém, também, podem ser vistos como indicativo de não-conhecimento quando o medicamento vem sendo prescrito como uma tentativa de ensaio e erro, uma vez que a causa do problema é desconhecida.

As propagandas de medicamentos são outra importante fonte de análise. Os produtores de medicamentos manipulam os significados simbólicos dos medicamentos e da moderna terapêutica em suas estratégias mercadológicas, que reduzem a ambivalência dos medicamentos (Nascimento, 2005). O fármaco tem pelo menos dois sentidos, o de veneno e o de medicamento. A indústria farmacêutica, contudo, distorce-o para um sentido único, de valor positivo, a fim de atender aos interesses mercadológicos dos fabricantes.

Os problemas na área do consumo de medicamentos são percebidos pelo usuário, principalmente, na situação de acesso inadequado. Vários outros aspectos, como a desinformação e desconhecimento da própria situação saúde, a falta de confiança no assessoramento médico e/ou farmacêutico, o não-cumprimento da farmacoterapia ou alguma combinação desses fatores, concorrem para o problema. No entender de Zerda et al. (2001) e de Marin et al. (2003), pode-se destacar, também, tanto a utilização excessiva como a subutilização de medicamentos, a duplicação terapêutica, as interações dos medicamentos, as contra-indicações por enfermidades ou alergias, as reações indesejáveis e o armazenamento indevido que reduz a eficácia.

No melhor desses casos, estes problemas dão lugar ao gasto excessivo, acarretando perdas inadmissíveis e desnecessárias de recursos para indivíduos, famílias e os sistemas de saúde. No pior dos casos, conduzem a conseqüências graves e indesejáveis para a saúde como conseqüência de efeitos adversos que podem culminar em seqüelas permanentes e até risco de morte.

Assim, ter a percepção dos cenários e dos processos socioculturais, bem como econômicos e suas influências nas políticas, em especial sobre as de medicamentos, é importante (Soler, 2004). É desse modo, provavelmente, que se assegurarão políticas públicas fundamentadas no desenvolvimento sustentável.

Os insumos farmacêuticos constituem importante fator para o alto custo do sistema de atenção à saúde, o que está diretamente correlacionado com a sustentabilidade do setor (Marin et al., 2003). Experiências nacional e internacional têm demonstrado que a garantia da disponibilidade e conhecimento sobre o uso racional de medicamentos nos serviços de saúde depende da adequada execução das ações do ciclo da assistência farmacêutica. O principal papel

O MEDICAMENTO NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

dessa assistência é otimizar a cadeia do medicamento, promovendo, assim, seu correto uso e uma redução do fluxo de pessoas e de gastos com medicamentos e correlatos nos serviços de saúde.

Nesta perspectiva, há que se capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), como potenciais aliados para o correto uso de medicamentos. Parte-se da premissa que os mesmos estão diretamente integrados ao cotidiano dos usuários; são eles que promovem o acesso aos serviços de saúde.

Alguns Aspectos sobre o Medicamento e o Mercado Farmacêutico

O medicamento é um produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico. É composto de um ou mais² princípios ativos³ e excipientes. Outros insumos farmacêuticos utilizados no processo produtivo, como embalagens, rótulos e bulas, também são importantes para a qualidade do produto final que chega ao consumidor. Por exemplo, a cor da embalagem e sua resistência e permeabilidade à umidade e aos gases atmosféricos ao influenciar na estabilidade e, conseqüentemente, na validade do medicamento.⁴

Para serem disponíveis ao consumidor, os medicamentos requerem autorização prévia da autoridade reguladora, a Anvisa. Se, após análises, houver o entendimento de que o medicamento apresenta balanço favorável quanto à eficácia, segurança e qualidade, e a empresa produtora ou importadora cumpre os requisitos jurídicos e administrativos do país, o medicamento é registrado, ou seja, obtém autorização para comercialização válida por cinco anos. Ao fim desse tempo, a empresa deve renovar o registro. Essas análises são baseadas na comprovação desses aspectos por exaustivos testes, cuja documentação deve cumprir critérios pré-definidos. As embalagens de todos os medicamentos registrados devem trazer a inscrição indicativa do número de registro, além de uma série de outros requisitos. Uma exceção é o caso dos medicamentos manipulados, que ocorre quando o médico entende que o paciente necessita de um medicamento formulado de maneira personalizada à sua necessidade. Nesse

² Um medicamento que contém apenas um princípio ativo é chamado mono-fármaco e quando contém mais de um é chamado de medicamento associado.

³ Os princípios ativos são também chamados de 'fármacos' e são os componentes diretamente responsáveis pelo efeito farmacológico.

⁴ Isto significa dizer que o período de validade de um produto pode ser alterado se o mudamos de sua embalagem original.

POLÍTICAS DE SAÚDE

caso, o medicamento é produzido em uma farmácia de manipulação autorizada pela autoridade reguladora em quantidade para atender a uma receita específica. Desse modo, o médico e a farmácia assumem a responsabilidade em caso de problemas quanto à formulação.

Os medicamentos podem ser de venda livre, quando não requerem a apresentação de receita para sua venda ou fornecimento. A atualização desta lista é também responsabilidade da Anvisa. Os medicamentos que requerem a apresentação (em alguns casos, a retenção no estabelecimento) da prescrição médica ou odontológica são indicados por uma tarja preta ou vermelha na embalagem.

No Brasil, os profissionais autorizados a prescrever medicamentos para uso humano são o médico e o dentista. Os enfermeiros são autorizados a prescrever medicamentos desde que dentro de protocolos estabelecidos em programas de saúde pública ou em rotina aprovada por instituição de saúde (Brasil, 1986).

Todos os estabelecimentos envolvidos com o medicamento para produção, importação, comercialização, venda ou distribuição, públicos ou privados, atacado ou varejo, estão sujeitos à regulação sanitária do país e, para seu funcionamento, necessitam de autorização junto à autoridade reguladora.

O mercado farmacêutico brasileiro é um dos dez maiores do mundo, com vendas ao redor de 5,1 bilhões USD (sem os impostos) em 2003, nas 551 indústrias do país, gerando cerca de 48 mil empregos diretos (Sindusfarq, 2006). Uma característica importante do setor produtivo de medicamentos no Brasil é o seu parque de 18 laboratórios fabricantes públicos. Há, no país, cerca de 61 mil farmácias, incluindo as hospitalares e as homeopáticas (CFF, 2006), 5.300 diferentes marcas, 10.587 apresentações e 1.400 princípios ativos (Cohen, 2004).

Finalmente, outro importante conceito a ser apresentado é o de assistência farmacêutica, o qual compreende um conjunto de atividades, envolvendo diferentes profissionais e setores, cujo foco é dado à organização das ações e serviços que incluem medicamentos e na atenção ao paciente e comunidade, com o intuito de contribuir para a promoção da saúde (Marin et al., 2003). Atualmente, há dois documentos que estabelecem a definição oficial de Assistência Farmacêutica: a portaria n. 3.916/98, que aprova a Política Nacional de Medicamentos, e a resolução n. 338/04, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

O MEDICAMENTO NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Assistência farmacêutica engloba uma série de atividades, desde o desenvolvimento do medicamento até a sua utilização e possíveis conseqüências relacionadas ao ato de fazer uso de medicamentos. O encadeamento dessas atividades tem sido representado de forma circular na intenção de expressar sua interdependência sistêmica. Assim, quando uma das atividades não funciona corretamente, acarreta prejuízo às demais.

Figura 1 – Ciclo da Assistência Farmacêutica



Fonte: Marin et al., 2003.

Políticas de Assistência Farmacêutica

A lei n. 8.080/90, que define os marcos regulatórios do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, estabelece, no artigo 6º, dentre os campos de atuação do sistema a

(...) execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica (...). Indica, também, a necessidade da "(...) formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção (...). (Brasil:1990, art. 6º).

Isso significa que, no Brasil, o acesso a medicamentos é garantido por lei. No entanto, faltava uma definição operacional de como isto deveria ser alcançado no país.

POLÍTICAS DE SAÚDE

As políticas configuram-se como decisões de caráter geral que assinalam os caminhos e as estratégias a serem utilizadas na gerência (Brasil, 1998). Representam o compromisso de governo em uma determinada área e devem definir o papel dos diferentes atores envolvidos, assim como as prioridades e as estratégias para alcançá-las. Em relação aos medicamentos, especificamente, as políticas de medicamento ou de assistência farmacêutica têm como principal objetivo “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade destes produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (Brasil, 1998: 6). Nesse sentido, a existência de uma política nacional de medicamentos torna-se elemento essencial para a definição de diretrizes e prioridades que norteiam as ações relacionadas à garantia do acesso a medicamentos.

Dessa forma, como parte do processo de implementação do SUS, o Ministério da Saúde aprovou, em 1998, por meio da publicação da portaria n. 3.916/98, a Política Nacional de Medicamentos (Brasil, 1998). Neste documento, está definido um escopo de diretrizes e prioridades (Quadro 1) que deve nortear as ações dos diferentes gestores do SUS, no âmbito das três esferas de governo.

E qual a importância de um documento oficial de política de medicamentos? Conforme discutido anteriormente, as atividades que envolvem os medicamentos são realizadas por diferentes atores, cujos princípios que movem suas ações nem sempre são o de melhorar as condições de saúde da população. O documento oficial representa, portanto, uma referência sobre as direções que o país deve assumir, de forma que o acesso oportuno (no local certo e na hora certa) aos medicamentos essenciais seja garantido para todas as pessoas que deles necessitem. Além disso, possibilita que a sociedade tenha um parâmetro para acompanhar as realizações do governo na área.

O MEDICAMENTO NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Quadro 1 – Diretrizes e prioridades previstas na Política Nacional de Medicamentos. Brasil, 1998

DIRETRIZ	PRIORIDADE
Adoção da Relação de Medicamentos Essenciais Regulamentação Sanitária de Medicamentos	Revisão Permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)
Reorientação da Assistência Farmacêutica	Descentralização dos processos de aquisição e distribuição de medicamentos para os níveis municipal e estadual.
Promoção do Uso Racional de Medicamentos	Campanhas educativas direcionadas aos profissionais de saúde. Promoção do uso de medicamentos genéricos. Elaboração de um Formulário Terapêutico Nacional. Desenvolvimento de ações de farmacovigilância e de estudos de utilização de medicamentos. Promoção de educação continuada a profissionais de saúde.
Desenvolvimento Científico e Tecnológico	
Promoção da Produção de Medicamentos	
Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos	Organização das Atividades de Vigilância de Medicamentos
Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos	

Fonte: adaptado de Luiza, 2003.

A seguir, serão discutidos os principais eixos que orientam os principais objetivos da política, procurando trazer reflexões e sugestões de como os agentes de saúde podem contribuir para que eles sejam alcançados em benefício da população.

Acesso a Medicamentos

O acesso a medicamentos de qualidade, usados racionalmente, salva vidas e melhora sua qualidade, além de evitar o agravamento de doenças e internações. Este é um aspecto bastante importante. Os medicamentos, conforme já foi dito, não são uma mercadoria qualquer. O uso incorreto implica riscos e desperdício. Constituem uma mercadoria para a qual, em geral, o consumidor não detém as informações necessárias para decidir sobre o que comprar ou o quê e quanto consumir. Há casos, como na maioria das doenças infecciosas, incluindo a Aids e a tuberculose, em que o uso do produto beneficia não somente aquele que usa o produto, mas a sociedade, na medida em que o tratamento adequado do doente protege os demais do contato com o microorganismo e o tratamento inadequado provoca o risco de disseminar um germe já resistente. São produtos que comprometem boa parte do financia-

POLÍTICAS DE SAÚDE

mento em saúde em todos os países. Estes são exemplos de fatores que tornam o medicamento uma questão importante.

Para que o acesso a medicamentos seja efetivo, várias coisas têm de ser resolvidas. Os estabelecimentos devem existir em quantidade suficiente, nas proximidades da residência do usuário, o serviço de assistência farmacêutica oferecido deve ter qualidade, os produtos devem ser confiáveis, estar disponíveis na quantidade e momento que o usuário deles necessita e serem oferecidos a um preço que se possa pagar.

No Brasil, os medicamentos são financiados de diferentes maneiras. A maior parte da movimentação do mercado (estima-se em cerca de 70% do volume de vendas) se dá por aquisição direta do consumidor nas farmácias privadas (Luiza, 2003). Neste sentido, é importante ter algumas informações que permitam a compra por preços mais adequados.

Os medicamentos genéricos,⁵ com qualidade equivalente ao produto inovador, são uma boa opção para economizar com garantia de qualidade. Para isto, é importante solicitar ao médico que prescreva utilizando a denominação genérica – os que atendem na rede SUS são obrigados por lei (Brasil, 1999) a prescrever desta forma. Se os médicos não o fizerem, o farmacêutico não está autorizado a fazer a troca.

O governo federal, assim como alguns governos estaduais, está lançando mão de uma opção adicional de provisão de medicamentos. Até aqui, a maioria dessas iniciativas tem ganhado o nome de Farmácia Popular. Os medicamentos são co-financiados, parte subsidiada pelo governo, parte pelo usuário. A maioria dos programas funciona em estabelecimentos próprios. Mais recentemente, o governo federal iniciou convênio com farmácias privadas. A apresentação da receita médica tem sido sempre uma exigência em todos os programas deste tipo (Ferreira, 2006). Todos eles funcionam com uma base em lista, sendo bom consultá-la antes de se dirigir a um dos estabelecimentos. As listas têm ficado sempre nas páginas eletrônicas do nível de governo responsável pelo programa.

⁵ Medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI). Para alguns medicamentos, a intercambiabilidade precisa ser provada pelo teste da bioequivalência (Anvisa, 2006).

O MEDICAMENTO NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, a proposta governamental mais ampla é a do financiamento público de medicamentos, razão pela qual falaremos um pouco mais dela. Sem o financiamento público, uma parcela importante da população ficaria excluída do acesso.

Segundo estimativas (Brasil-MS/GM, 1998), o consumidor brasileiro de medicamentos pode ser dividido em três grupos: o primeiro formado por aqueles com renda acima de dez salários mínimos, que corresponde a 15% da população, que consome 48% do mercado total e tem uma despesa média anual de U\$ 193,40 *per capita*; o segundo apresenta uma renda entre quatro a dez salários mínimos, que corresponde a 34% da população, que consome 36% do mercado e gasta, anualmente, em média, U\$ 64,15 *per capita*; o terceiro tem renda de zero a quatro salários mínimos, que representa 51% da população, que consome 16% do mercado e tem uma despesa média anual de U\$ 18,95 *per capita*. Outras pesquisas comprovam que há contingentes da população que já precisaram desfazer-se de bens ou fazer empréstimos para dar continuidade ao tratamento (Ferreira, 2006). Nitidamente, esses dados corroboram para a necessidade de que a política de medicamentos assegure o acesso, com especial atenção aos contingentes mais pobres da população e àqueles que necessitam utilizar produtos de alto custo.

Uma importante estratégia para a garantia do acesso é a dos medicamentos essenciais.⁶ Este é um conceito defendido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como sendo o pilar para a organização farmacêutica de um país. É fato que a maioria dos países, mesmo os mais ricos define uma lista estabelecendo os medicamentos que serão financiados pelo governo. Isto é importante tanto pela questão do custo quanto pela do uso racional, pois sempre há nos mercados medicamentos com margem de risco maior que a de outros produtos com a mesma indicação.

Levando em consideração o crescente número de produtos farmacêuticos disponíveis no mercado e o custo que a aquisição de medicamentos representa, ter uma definição prévia da necessidade da população a ser atendida e definir um elenco de medicamentos de forma criteriosa, considerando eficácia e

⁶ Segundo a OMS, os medicamentos essenciais são aqueles que visam satisfazer a necessidade de tratamento da maioria da população, devendo estar disponíveis a todo momento a um preço que o indivíduo e sociedade possam arcar (WHO, 2003).

POLÍTICAS DE SAÚDE

segurança, pode significar a diferença entre alcançar, ou não, êxito no cuidado à saúde da população.

Em termos práticos, a aquisição de um número limitado de itens em grande quantidade possibilita melhor qualidade na aquisição, no estoque e na distribuição. Além de servir como guia para uma prescrição e uma dispensação adequada de medicamento (MSH, 1997; Brasil, 2002c).

No caso do Brasil, seguindo a recomendação da OMS e da nossa Política de Medicamentos, a lista de medicamentos essenciais, que, no nosso caso, é a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), é definida por uma comissão de especialistas, chamada Comissão Nacional de Atualização da Rename (Comare). Os medicamentos essenciais são selecionados por um processo baseado na comparação entre vários medicamentos, tendo como orientação as evidências relativas à segurança e eficácia, fundamentadas em estudos de investigação farmacológico-clínica, considerando também o custo comparativo. São também levadas em consideração informações relativas à prevalência das doenças, comodidade posológica, condições de armazenagem dos produtos e custo do tratamento.

A Rename tem como finalidade, portanto, servir como eixo de organização das demais atividades do ciclo da assistência farmacêutica, subsidiando a definição das políticas de produção pública, da aquisição e, conseqüentemente, da prescrição em todas as esferas de governo.

Dado o contexto da descentralização, os estados e municípios podem definir suas listas locais,⁷ idealmente sempre com base na Rename e com processo semelhante. Se não o fizerem, é razoável subentender que, neste caso, adotam a Rename em sua íntegra.

Conforme estabelecido na PNM (Brasil, 1998), a revisão dessas listas deve ser permanente, e a OMS recomenda periodicidade bianual.

No Brasil, foram definidos alguns programas específicos para o financiamento público de medicamentos.

- Medicamentos para atenção farmacêutica básica – são divididos em dois elencos, o elenco estratégico – (para os programas de HD (hipertensão e diabetes), AR (asma e rinite), IN (insulina), SM (saúde da mulher), AN (Alimentação e Nutrição) e CT (Combate ao tabagismo), fi-

⁷ Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (Resme) ou Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume).

O MEDICAMENTO NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

nanciado e gerido pelo governo federal, e o elenco descentralizado, com financiamento compartilhado pelas três esferas. A participação de cada esfera (federal, estadual e municipal) é definida anualmente pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e o elenco descentralizado é definido pelas Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de cada estado, com base na proposta definida pelo governo federal (Brasil, 2005).

- Medicamentos para saúde mental – têm financiamento compartilhado pelas esferas federal e estadual, geridos por esta última. Devem estar disponíveis somente para os municípios qualificados por apresentarem rede de atendimento de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps).
- Medicamentos de dispensação em caráter excepcional ou que compõem tratamento de alto custo – são financiados pelo governo federal e geridos pelo governo estadual. De modo geral, o acesso a esses medicamentos se dá de forma individualizada, através de um processo administrativo de solicitação dos produtos junto às Secretarias Estaduais de Saúde (SES), por meio da Autorização de Procedimento de Alto Custo (Apac). Existem protocolos de tratamento que orientam seu uso.
- Medicamentos estratégicos – são adquiridos e geridos pelo governo federal. Neste grupo estão os medicamentos para as endemias focais (como malária e leishmaniose), tuberculose, hanseníase, antiretrovirais, insulina e hemoderivados. Para receber, os pacientes devem estar inscritos nos programas específicos e, em geral, somente estão disponíveis em unidade de saúde de referências para esses tratamentos.
- Medicamentos oncológicos – disponíveis nos Centros de Atendimento Oncológicos (Cacons); sua liberação está vinculada ao procedimento de tratamento.
- Medicamentos para uso em pacientes internados – teoricamente são cobertos pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e disponíveis em toda rede SUS que oferece internação.

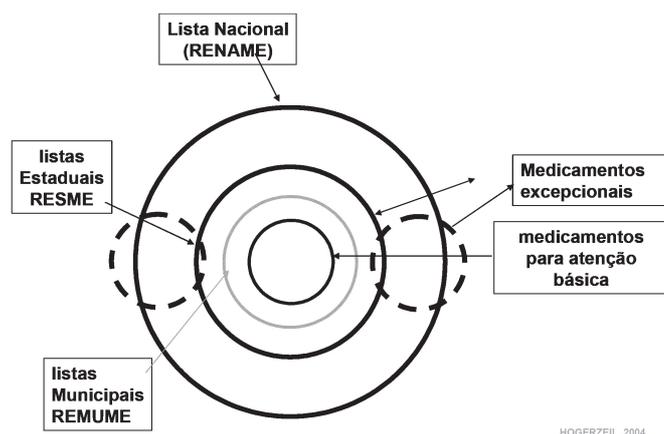
Pela interpretação direta da Política Nacional de Medicamentos, todos os medicamentos da Renome não previstos nestes programas, pelo princípio da descentralização do SUS, são de responsabilidade dos municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal ou da esfera estadual para os demais municípios.

POLÍTICAS DE SAÚDE

A distribuição dos medicamentos na rede deve respeitar a organização do sistema. Assim, uma unidade pública especializada em atendimento pediátrico não precisa ter medicamentos de uso preferencial por adultos, por exemplo. No entanto, a organização quanto à disponibilidade dos medicamentos deveria estar contemplada nos Planos de Saúde ou nos Planos de Assistência Farmacêutica (portanto, definidos juntamente com os Conselhos de Saúde) para informação fácil dos profissionais de saúde e da população.

Uma representação esquemática razoável para harmonização das listas entre as três esferas de governo é apresentada na Figura 2, a seguir.

Figura 2 – Representação esquemática para harmonização das listas entre as três esferas de governo



Fonte: autores.

Qualidade dos Medicamentos

No Brasil, a vigilância quanto à qualidade dos medicamentos cabe à autoridade reguladora (Anvisa, no nível federal, e órgãos de vigilância sanitária – Visas – estaduais e municipais). No entanto, algumas informações são úteis para que muitos problemas possam ser prevenidos no dia-a-dia.

Os medicamentos, como já dissemos, são constituídos por diferentes componentes. Para que exerçam sua ação terapêutica ótima, com o mínimo de

O MEDICAMENTO NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

efeitos adversos, estes componentes devem preservar, dentro de uma margem aceitável, suas características químicas, físico-químicas e biológicas. Com o tempo, tais reações inevitavelmente ocorrerão. O período e as condições necessárias para preservar estas características definem o prazo de validade. Assim, alguns fatores ambientais, como a temperatura, a umidade e a luminosidade afetam o tempo de vida do medicamento. Da mesma forma, aspectos ligados à farmacotécnica, como a embalagem, também interferem. O fabricante deve sempre informar as condições ótimas de armazenagem e cuidados necessários com os produtos. O prazo de validade somente será verdadeiro se as condições informadas forem obedecidas. Assim, se há recomendações de que o medicamento fique, por exemplo, na geladeira ou protegido da luz, isto deve ser obedecido. Se não há informações especiais, as condições são a temperatura ambiente (15 a 30°C) e protegidos da umidade excessiva. Assim, locais, como banheiros, cozinhas ou com incidência direta de luz solar (como o console do carro), não são adequados para a guarda de medicamentos.

Um outro problema diz respeito aos medicamentos falsificados. Para evitá-los, a Anvisa sugere alguns cuidados, que incluem não comprá-los em feiras e camelôs e observar a nota fiscal na hora da compra (para poder reclamar em caso de problemas) e estar atento à embalagem. Quanto à embalagem, alguns cuidados são recomendados na página eletrônica da Anvisa (<www.anvisa.gov.br/medicamentos/falsificados/evita_compra.htm>):

- Deve constar a data de validade do medicamento;
- O nome do medicamento deve estar bem impresso, podendo ser lido facilmente;
- A denominação genérica deve sempre constar da embalagem;
- Não deve haver rasgos, rasuras ou informação que tenha sido apagada ou raspada;
- Deve constar o nome do farmacêutico responsável pela fabricação e o número de sua inscrição no Conselho Regional de Farmácia. O registro do farmacêutico responsável deve ser do mesmo estado em que a fábrica do medicamento está instalada;
- Deve constar o número do registro do medicamento no Ministério da Saúde;
- O número do lote, que vem impresso na parte de fora, tem de ser igual ao que vem impresso no frasco ou na cartela interna.

POLÍTICAS DE SAÚDE

- Não compre medicamentos com embalagens amassadas, lacres rompidos, rótulos que se soltam facilmente ou estejam apagados e borrados.
- Se você costuma usar um medicamento e já o conhece bem, ao comprar uma nova caixa não deixe de verificar:
 - Se a embalagem que você está acostumado a ver mudou de cor, de formato ou se o tamanho das letras no nome do produto foi alterado, se o sabor, a cor ou a forma do produto mudou.
 - Todas as formulações líquidas, como soros e xaropes devem vir com lacre.
 - Qualquer dúvida ou suspeita deve ser notificada à Anvisa ou às Visas estaduais ou municipais.

Uso Racional dos Medicamentos

O uso racional de medicamentos “requer que os pacientes recebam os medicamentos apropriados para suas necessidades médicas, nas doses que atendam suas necessidades individuais, por um período adequado de tempo e pelo menor custo possível para si e para a comunidade” (WHO apud MSH, 1997: 422).

No Quadro 2, apresentamos, sumarizadamente, exemplos que envolvem o uso não racional.

Quadro 2 – Exemplos de uso irracional de medicamentos

USO DO MEDICAMENTO SEM HAVER NECESSIDADE

Ocorre quando um medicamento é indicado e utilizado em uma situação na qual cuidados não medicamentosos seriam suficientes. É o caso, por exemplo, do uso de antibióticos ou antidiarréicos para crianças com diarreias, quando uma solução de reidratação oral seria suficientemente eficaz para tratá-las.

USO INCORRETO DOS MEDICAMENTOS

- Uso de um medicamento errado para um determinado problema de saúde.
- Uso de um medicamento de eficácia duvidosa. Exemplos são o uso de preparados de multivitaminas ou o uso de agentes anti-motilidade para diarreia.
- Indicação de fármaco de segurança questionável (Marin et al., 2003). Exemplos são o uso de anabolizantes para crescimento ou estimular o apetite de crianças e atletas ou o uso de dipirona.
- Uso de dose inapropriada. Exemplo é o uso de antibióticos.

Fonte: adaptado de MSH, 1997, e Marin et al. 2003.

O MEDICAMENTO NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

O uso irracional de medicamentos pode ocasionar problemas como a baixa qualidade do cuidado à saúde, o surgimento de efeitos adversos aos medicamentos, desperdício de recursos, tanto para o paciente como para o sistema de saúde e estímulo à idéia de que o paciente só estará bem tratado se tomar um medicamento (conceito conhecido como “há uma pílula para cada doença”) (MSH, 1997). Os fatores que contribuem para o uso irracional de medicamentos (Quadro 3) podem originar-se de características do sistema de saúde, da qualidade da prescrição e da dispensação e baixa adesão dos pacientes e comunidade aos tratamentos indicados (MSH, 1997).

Quadro 3 – Fatores que contribuem para uso irracional de medicamentos: problemas ligados ao sistema de saúde, à conduta profissional e aos usuários

SISTEMA DE SAÚDE

- Fornecimento não confiável de medicamentos.
- Medicamentos defeituosos.
- Medicamentos com a validade vencida.
- Disponibilidade de medicamentos essenciais

CONDUTA PROFISSIONAL

- Falta de treinamento e/ou treinamento inadequado dos prescritores.
- Falta de modelos que orientem a uma prescrição racional.
- Informação não confiável sobre os medicamentos (propagandas e estratégias de *marketing*).
- Interesses financeiros (quando o prescritor recebe recompensas das empresas farmacêuticas em função do número de vezes que ele prescreve um determinado medicamento).
- Prescrições extravagantes (por exemplo, utilização de um medicamento de marca quando há opções de medicamentos genéricos mais baratos).
- Sobreprescrição (quando o medicamento não é necessário, ou a dose é exagerada, ou o período de tratamento é longo).
- Subprescrição (os medicamentos necessários não são prescritos, a dose é insuficiente ou a duração do tratamento é curta).
- Prescrição incorreta (medicamento receitado a partir de um diagnóstico incorreto ou a prescrição redigida de forma inapropriada).
- Prescrição múltipla (utilização de vários medicamentos quando um ou poucos alcançariam o efeito desejado).
- Falta de treinamento e supervisão dos dispensadores.
- Pouco material de orientação para dispensação.
- Pouco tempo para orientar o paciente durante a dispensação.

USUÁRIOS

- Crenças culturais e religiosas.
- A comunicação inadequada entre o paciente e prescritores.
- Pouco tempo de consulta. Falta de material educativo para orientar o uso correto

Fonte: MSH, 1997, e Marin et al., 2003.

POLÍTICAS DE SAÚDE

Em virtude dos diversos problemas que o uso irracional de medicamentos pode ocasionar para os pacientes e para os sistemas de saúde, a promoção do uso racional torna-se elemento fundamental para que bons resultados em saúde sejam alcançados. Por esta razão, a promoção do uso racional representa, na Política Nacional de Medicamentos (PNM) brasileira tanto uma diretriz como uma prioridade.

Assim, no âmbito da PNM, dar-se-á enfoque às conseqüências das prescrições médicas no tratamento das doenças mais prevalentes no país, às estratégias educativas relacionadas ao risco da automedicação, da interrupção ou troca dos medicamentos prescritos, abrangendo tanto profissionais prescritores e dispensadores como modificações nos currículos de formação dos profissionais de saúde.

Outros aspectos que terão igual atenção nas estratégias de promoção do uso racional são a adoção de medicamentos genéricos e a regulação das propagandas de medicamentos direcionadas aos médicos, comércio farmacêutico e população leiga.

Dessa forma, foram definidas na PNM do Brasil cinco estratégias principais como prioridades:

- Campanhas Educativas: iniciativa que deverá envolver profissionais de saúde, gestores do SUS e entidades da sociedade civil com o intuito de promover o uso correto de medicamentos;
- Registro e uso de medicamentos genéricos;
- Adoção de um Formulário Terapêutico Nacional:⁸ documento que contempla medicamentos essenciais e informações relativas ao seu uso, inclusive sobre absorção e ação no organismo para orientação quanto à prescrição e dispensação e racionalização do uso;

⁸ O formulário terapêutico é um manual que apresenta informações farmacológicas resumidas sobre um determinado grupo de medicamentos como, por exemplo, os essenciais. Apresenta também informações administrativas e regulatórias relativas à prescrição e dispensação. Quando adequadamente utilizados, os formulários terapêuticos podem representar soluções simples e custo-efetivas a diferentes problemas de saúde. Além disso, podem representar uma importante ferramenta para minimizar problemas de baixa qualidade dos medicamentos, pouco acesso e uso irracional, uma vez que eles: 1) disponibilizam informações atualizadas e sem influência de propagandas e outras atividades promocionais; 2) promovem o uso seguro, efetivo de medicamentos de boa qualidade; 3) auxiliam na identificação e eliminação de medicamentos de baixa qualidade e pouco seguros; 4) apóiam a adoção de medicamentos de maior custo-efetividade nos orçamentos de modo a ampliar o acesso aos medicamentos essenciais (WHO, 2004).

O MEDICAMENTO NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

- Farmacoepidemiologia e Farmacovigilância: estímulo aos estudos de utilização de medicamentos e dos seus efeitos adversos para reorientação de procedimentos de registro, formas de comercialização, prescrição e dispensação;
- Recursos Humanos: treinamento de profissionais para lidar da forma mais eficiente possível com o gerenciamento de informação, guias terapêuticos e farmacovigilância e promoção da educação continuada sobre farmacologia.

Dentre as ações educativas voltadas para os ACS, o Ministério da Saúde (Brasil, 2002a) publicou um documento intitulado "O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamentos", o qual contempla as atividades que estes profissionais de saúde podem executar para evitar práticas de uso irracional de medicamentos. O documento, além do conteúdo técnico consistente, apresenta cada um dos tópicos selecionados com casos que os profissionais possivelmente se deparam no seu dia-a-dia, uma lista dos pontos mais importantes a serem aprendidos e proposta de abordagem prática dos problemas, incluindo exercícios de fixação.

Considerações Finais

Em países como o Brasil, doenças típicas de países em desenvolvimento convivem com agravos característicos de países desenvolvidos. Assim, ao mesmo tempo em que são prevalentes as doenças crônico-degenerativas, como as reumáticas e o *diabetes mellitus*, aumenta a morbimortalidade decorrente da violência, especialmente dos homicídios e dos acidentes de trânsito. Além disso, emergem e reemergem outras doenças, tais como o cólera, a dengue, a malária, as doenças sexualmente transmissíveis e a Aids. Ainda, o envelhecimento populacional gera novas demandas, cujo atendimento requer a constante adequação do sistema de saúde e, certamente, a transformação do modelo de atenção prestada, de modo a conferir prioridade ao caráter preventivo das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 2002b).

Tudo isto tem profunda relação com o consumo de medicamentos, pois se observa um aumento da demanda de medicamentos de uso crônico,

POLÍTICAS DE SAÚDE

de medicamentos de alto custo. Em contrapartida, há pouco investimento na criação de medicamentos para doenças importantes em países em desenvolvimento, responsáveis por boa parte da carga global de doenças e da mortalidade, como a malária, esquistossomose ou doença de chagas, que constituem as chamadas doenças negligenciadas (MSF, 2001).

No entanto, a pressão da demanda é também influenciada por fatores que acarretam o uso irracional e desnecessário de medicamentos e o estímulo à automedicação (Brasil, 2000). Isto requer, necessariamente, a promoção do seu uso racional mediante a reorientação destas práticas, ou seja, do ciclo da assistência farmacêutica e o desenvolvimento de um processo educativo, tanto para as equipes de saúde quanto para os usuários. A produção e a venda de medicamentos requerem um enquadramento em um conjunto de leis, regulamentos e outros instrumentos legais direcionados para garantir a qualidade, segurança e a eficácia dos produtos farmacêuticos (Brasil, 1998). Também, dos aspectos atinentes a custos e preços de venda, em defesa do consumidor e dos programas de subsídios institucionais, tais como de compras de medicamentos, reembolsos especiais e planos de saúde.

Neste sentido, o trabalho do ACS constitui uma importante ferramenta dentro do sistema único de saúde, ajudando a promover, em parceria, com todo o conjunto de profissionais de saúde, os princípios da integralidade, universalidade e equidade. As funções por eles desempenhadas contribuem para a organização da Atenção Básica de Saúde no país. São muitas as contribuições destes profissionais com as diferentes ações em saúde. No Quadro 4, são apresentadas algumas possibilidades de contribuição do ACS com a assistência farmacêutica.

O MEDICAMENTO NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Quadro 4 – Sugestões para contribuição dos Agentes de Saúde para a Assistência Farmacêutica

SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS – O agente comunitário de saúde, por conhecer bem a comunidade onde atua e seus principais problemas de saúde, pode contribuir, com o processo de seleção dos medicamentos, a serem utilizados por uma dada comunidade. Uma vez que a seleção de medicamentos deve ser baseada na necessidade da população-alvo. Os medicamentos selecionados devem ser aqueles com eficácia e segurança comprovadas, ao melhor custo possível.

PROGRAMAÇÃO DE MEDICAMENTOS – A programação tem por objetivo a garantia da disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados nas quantidades adequadas e no tempo oportuno para atender às necessidades de uma população-alvo, em determinado período de tempo. Neste caso, o agente de saúde pode contribuir com a coleta de dados a respeito da população da região onde ele atua, ou seja, contribuir para que se conheça qual o número de pessoas, a faixa etária, o consumo de medicamentos etc. Estes dados servirão para direcionar o processo de compra de medicamentos (aquisição), a programação adequada faz com que não haja falta de medicamentos.

UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS – É neste componente da assistência farmacêutica que a atividade do agente de saúde tem principal destaque. A utilização de medicamentos inclui a dispensação e o uso do medicamento. Por ser nesta fase que ocorre o contato direto com o paciente, muitas vezes o agente de saúde poderá ajudar na orientação correta em relação ao uso, esclarecendo questões, tais como horários de tomar o medicamento e forma correta de armazená-los. É importante também a contribuição do agente de saúde no sentido de verificar junto à comunidade a qual ele atende se está havendo algum tipo de reação adversa aos medicamentos utilizados. É possível que muitas vezes o paciente prefira conversar com um agente comunitário de saúde do que com o médico ou farmacêutico, para relatar determinada dificuldade na compreensão da prescrição ou problema com o uso de determinado medicamento, por ser ele pessoa de mais fácil acesso.

Dentro deste contexto, fornecer ao agente de saúde informações acerca do papel do medicamento, não só no que se refere à terapêutica, mas também sobre os aspectos relativos à política de saúde no Brasil, serve para despertar neste profissional um olhar mais crítico e abrangente, que, em última análise, pode dar subsídios a um melhor aproveitamento dos recursos disponíveis dentro do sistema com conseqüente evolução no exercício de suas atribuições.

POLÍTICAS DE SAÚDE

Bibliografia Recomendada

O Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na Promoção do Uso Correto de Medicamentos. Disponível em: <www.opas.org.br/medicamentos/docs/uso-med-ac.s.pdf>.

Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais. Disponível em: <www.opas.org.br/MEDICAMENTOS/docs/0080.pdf>.

Cartilha sobre Medicamentos Genéricos. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/monitora/genericos_cartilha.pdf>.

Cuidados para evitar a compra de medicamentos falsificados. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/medicamentos/falsificados/evita_compra.htm#1>.

Referências

ANVISA. (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), 2006. "Glossário de Definições Legais." Disponível em <www.anvisa.gov.br/medicamentos/glossario/index.htm>. Acesso em: 20 abr. 2006

BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, *Diário Oficial da União*, 1986.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 3916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, de 10 novembro de 1998.

BRASIL. Lei Federal n. 9.787. Altera a Lei n. 6.360, de 26 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília, *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, de 11 de fevereiro de 1999.

BRASIL. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica, Diretoria de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. Projeto de modernização da produção pública de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. (Centro de Documentação)

BRASIL. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. *O Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na Promoção do Uso Correto de Medicamentos*. Brasília: MS, 2002a.

O MEDICAMENTO NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

- BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde Brasil, Ministério da Saúde. Relatório do Seminário Internacional: o sistema público de saúde brasileiro – tendências e desafios dos sistemas de saúde das Américas. São Paulo, 2002b.
- BRASIL. Portaria n. 1.587, de 3 de setembro de 2002. Aprova a revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Brasília, *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 2002c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2084/GM, de 26 de outubro de 2005. Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos. Brasília, *Diário Oficial da União*, 2005.
- CFF. Conselho Federal de Farmácia. Estatísticas sobre Farmácia – dezembro de 2003. Disponível em: <www.cff.org.br/cff/mostraPagina.asp?codServico=14&codPagina=209>. Acesso em: 20 abr. 2006.
- COHEN, F. D. *O Advento dos Genéricos e seu Impacto nas Estratégias Competitivas da Indústria Farmacêutica Brasileira*, 2004. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica, Faculdade de Administração.
- FERREIRA, R. L. *Análise de Implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil no Rio de Janeiro e no Distrito Federal: um estudo de casos*, 2006. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
- LAPORTE, J. R. & TOGNONI, G. Estudios de utilización de medicamentos y de farmacovigilancia. In: LAPORTE, J. R. & TOGNONI, G. (Orgs.) *Principios de Epidemiología del Medicamento*. Barcelona: Masson, Salvat Medicina, 1993.
- LEFEVRE, F. *O Medicamento como Mercadoria Simbólica*. São Paulo: Cortez, 1991.
- LÉVI-STRAUSS, C. O feiticeiro e sua magia. *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.
- LUIZA, V. L. *Acesso a Medicamentos Essenciais no Estado do Rio De Janeiro*, 2003. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
- MARIN, N. et al. (Eds.) *Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.
- MSF, M. S. F. *Desequilíbrio Fatal - a crise em pesquisa e desenvolvimento de drogas para doenças negligenciadas*. Genebra, DND-MSF, 2001.
- MSH, M. S. F. H. *Managing Drug Supply: the selection, procurement, distribution and use of pharmaceuticals*. Connecticut: Kumarian Press, 1997.
- NASCIMENTO, Á. C. "Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado" – Isto é Regulação? São Paulo: Sobravime, 2005.

POLÍTICAS DE SAÚDE

PELLEGRINO, E. D. "Prescribing and drug ingestion symbols and substances." *Drug International Clinical Pharmaceutical*, 10: 624-630, 1976.

SINDUSFARQ. Sindicato das Indústrias de Produtos Farmacêuticos e Químicos do Estado de Minas Gerais. Mercado Farmacêutico no Brasil. Disponível em: <www.sindusfarq.com.br/princ.php?f=imfc>. Acesso em: 20 abr. 2006.

SOLER, O. *Assistência Farmacêutica Básica no Amapá: descentralização e acesso*, 2004. Tese de Doutorado, Belém: Núcleo de Altos Estudos da Amazônia.

TUCKER, V. *Cultural Perspective on Development*. London: Franck Cass and Company Ltda, 1997.

WHO, W. H. O. *Annual Report 2001 - Essential Drugs and Medicines Policy: Supporting countries to close the access*. Geneva: WHO, 2003.

ZERDA, Á. et al. *Sistemas de Seguros de Salud y Acceso a Medicamentos*. Washington DC: OMS-Ediciones Isalud, 2001.

Informação e Avaliação em Saúde

*Kenneth Rochel de Camargo Jr.
Cláudia Medina Coeli
Arlinda B. Moreno*

Introdução

A capacidade de prever as conseqüências de nossas ações no presente, de conceber um futuro desejado e de imaginar os passos necessários para alcançá-lo é parte dos atributos que nos definem fundamentalmente como humanos. E basta contemplar as atividades de nossa vida diária para perceber inúmeros exemplos desta habilidade em ação. Ao acordarmos, estimamos como deverá estar o clima durante o período em que estivermos fora de casa e nos vestimos de acordo; estabelecemos a hora de sair de acordo com nossas estimativas de tempo gasto até chegar ao nosso destino; agendamos nossos compromissos segundo nossas projeções de quanto tempo vamos consumir em cada tarefa. Esta característica tão basicamente humana é o que subjaz, no fim das contas, ao processo de planejamento; a diferença é que vários indivíduos colaboram (ou deveriam fazê-lo) para o desenho e desenvolvimento das ações necessárias.

Mas, às vezes, nos enganamos. Achamos que será um dia ensolarado, e um temporal desaba. Supomos que o trajeto até o trabalho levaria vinte minutos e um engarrafamento nos toma o triplo disso, e assim por diante. Alguns desses eventos são imprevistos, mas se sistematicamente chegamos atrasados, concluímos que devemos estar fazendo algo errado – e tomamos alguma providência para corrigir isto (a não ser que chegar atrasado fosse o que desejássemos desde o início...) – sair mais cedo, mudar o trajeto, utilizar outro meio de transporte, combinações de tudo isso. E vamos fazendo ajustes até encontrar um arranjo que nos satisfaça – até que novamente algo mude, e repetimos todo o processo. Outra questão é que, ao executar os processos que planejamos, necessitamos saber quando parar. Se pegamos um ônibus, temos que saltar no ponto mais próximo de nosso destino; se não soubéssemos que ponto é, ou se não soubéssemos reconhecer que chegamos lá, seria impossível cumprir a tarefa que pretendíamos cumprir.

POLÍTICAS DE SAÚDE

Estes são exemplos do uso cotidiano da avaliação. A todo instante, comparamos metas esperadas com resultados alcançados e efetuamos correções de rumo quando necessárias. Tais correções freqüentemente se impõem; as situações em que operamos estão sempre sujeitas a mudanças, e precisamos nos ajustar a estas. Isto é tão ou mais verdadeiro em se tratando da atuação de profissionais de saúde. Nosso trabalho cotidiano envolve intervenções; avaliamos se é necessário intervir (aquela pessoa que nos procura está doente?); que intervenção é necessária (que exames solicitar? Que tratamento deve ser feito?); os resultados e a necessidade de continuidade de intervenção (a fisioterapia está funcionando? Ainda serão necessárias mais sessões?); e assim por diante.

A palavra 'avaliação', contudo, por motivos que não serão discutidos aqui, adquiriu conotações extremamente negativas. Com freqüência, assume-se que uma proposta de avaliação visa estabelecer punições, disciplinar ou retaliar ações indesejadas e assim por diante. E é forçoso reconhecer que, do ponto de vista institucional, o histórico por vezes turbulento de relações entre os vários níveis hierárquicos da administração pública parece dar razão a esta interpretação.

A concepção de avaliação que consideramos adequada, contudo, é a de um componente fundamental do próprio funcionamento dos serviços de saúde, de acordo com as analogias apresentadas anteriormente. Os profissionais de saúde devem monitorar continuamente sua própria ação – e efetivamente o fazem –, e os serviços de saúde deveriam seguir a mesma lógica. Tratando-se de conjuntos de profissionais trabalhando em cooperação, a adoção de procedimentos sistemáticos facilita o desempenho das tarefas comuns. É com estas idéias em mente – avaliação como parte do processo de trabalho; que envolve toda a equipe de saúde; que deve ser sistematizada e trabalhada em conjunto – que trazemos o contexto da avaliação como uma dimensão fundamental para a informação em saúde.

O Programa Saúde da Família e a Reestruturação da Atenção Básica

A partir da década de 1990, o Programa de Saúde da Família (PSF)¹ vem sendo implementado nos municípios brasileiros na perspectiva de substituir as

¹ Sobre o histórico e o debate sobre o PSF, ver Corbo, Morosini e Pontes, texto "Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde", no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

INFORMAÇÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE

formas tradicionais de organização da atenção básica, possibilitando um conjunto de transformações no modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS). A relevância desta estratégia adotada pelo Ministério da Saúde desencadeia um amplo conjunto de mudanças no modo de organização e de desempenho do sistema de saúde no âmbito municipal.

A reestruturação da atenção básica, em uma perspectiva de conversão do modelo assistencial,² vem sendo acompanhada através de um conjunto de indicadores e de metas estabelecidas em um processo de pactuação. No entanto, tais procedimentos não foram suficientes para institucionalizar práticas de monitoramento e avaliação. Nesse sentido, faz-se necessário o desenvolvimento de práticas cotidianas de monitoramento e avaliação que possam auxiliar no direcionamento e acompanhamento do processo de implementação de tal estratégia. Pensar em institucionalização de mecanismos de acompanhamento e avaliação envolve a apropriação – pelo conjunto de trabalhadores que atuam no âmbito do município – de ferramentas avaliativas, de modo a possibilitar a inserção de tais práticas no seu cotidiano de trabalho.

Um aspecto fundamental deste processo está intimamente ligado à produção e ao uso das informações em saúde. Os vários indicadores produzidos com base nos sistemas já existentes, em particular o Siab, em tese, permitiriam um planejamento, controle e avaliação adequados das ações em saúde no âmbito das equipes, unidades e municípios. O que ocorre em muitas situações, infelizmente, é a apropriação burocrática da produção de informações, vista apenas como tarefa a cumprir em função das normas institucionais existentes. Esta visão leva à alienação dos trabalhadores de saúde com relação a uma parte fundamental do seu trabalho, rouba-lhes a possibilidade de acompanhar seu próprio desempenho como forma de aprimoramento do seu exercício profissional e também leva à produção de dados de má qualidade. É, portanto, parte integral do trabalho de saúde apropriar-se da informação produzida pelos próprios trabalhadores, que são, afinal, os efetivos agentes não só desta produção, mas do próprio cuidado de saúde.

² Sobre a discussão de modelos assistenciais, ver Silva Junior e Alves, texto “Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas”, no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

POLÍTICAS DE SAÚDE

Sistemas de Informação³

O melhor modo de introduzir este tema – os sistemas de informação em saúde (SIS) – é abordar em primeiro lugar a definição dos dois primeiros termos (sistema e informação), apresentando na seqüência alguns conceitos gerais antes de abordarmos os aspectos específicos ligados à saúde.

Um sistema é um conjunto integrado de partes que se articulam para uma finalidade comum. Este conceito, explorado em várias disciplinas, tem aplicação ampla na área de saúde. A idéia de sistemas é um princípio organizador do conhecimento, tanto na área básica (é usual, por exemplo, lançar mão dos sistemas existentes no corpo humano – respiratório, digestivo, circulatório etc. – na organização da exposição da anatomia, da fisiologia e de outras disciplinas) quanto em várias especialidades (na área de saúde coletiva, por exemplo, o sistema de saúde é um tema fundamental).

No que diz respeito aos sistemas de informação, estas partes são os vários elementos ligados à 'coleta', 'armazenamento' e 'processamento de dados' e à 'difusão de informações'. Inclui desde os materiais de registro (como prontuários, formulários e seus instrutivos) até as tabelas e gráficos de resumo, passando por todos os recursos utilizados para transformá-los e analisá-los, incluindo (mas não se limitando a) os computadores. A função de um sistema de informações é disponibilizar informações de qualidade onde e quando necessárias.

Os sistemas de informação, portanto, são compostos por um conjunto de partes que atuam articuladamente com o objetivo de transformar 'dados' em 'informação'. Dados podem ser entendidos como uma representação de fatos na sua forma primária (por exemplo, nome de um paciente, seu peso), ao passo que informação é o resultado da combinação de vários dados que são trabalhados, organizados e interpretados, agregando, dessa forma, valor adicional para além do fato primário (por exemplo, proporção de pessoas apresentando sobrepeso). Cabe ressaltar que nenhum sistema pode fornecer informações de melhor qualidade que os dados que o alimentam.

Uma característica fundamental dos sistemas de informação é a sua capacidade de coligir um número amplo de registros, armazená-los e

³ Nesta seção, serão apresentados de forma resumida alguns conceitos básicos sobre sistemas de informação. Para uma discussão mais detalhada, ver Camargo Jr. e Coeli (2000).

INFORMAÇÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE

recuperá-los. Este segmento específico de um sistema de informações corresponde às funções dos 'bancos de dados'. Para evitar que esta discussão fique por demais abstrata, introduziremos os conceitos essenciais com base em um exemplo fictício, mas representativo das situações concretas do dia-a-dia dos serviços de saúde.

Imaginemos que os profissionais que trabalham em uma determinada unidade básica de saúde (UBS) desejem aperfeiçoar o manejo dos recursos de que dispõem, em face da demanda de atendimento que se apresenta à unidade. Uma primeira etapa deste planejamento é conhecer esta demanda em um nível de detalhe adequado ao que se deseja planejar.

Serviços de atendimento usualmente registram suas atividades. Podemos imaginar que para cada atendimento feito exista um registro da consulta prestada. Com um nível mínimo de organização, estes registros dos pacientes estão agregados em prontuários, que, por sua vez, são armazenados em arquivos. É usual ainda que exista um cadastro destes pacientes, onde seus nomes, endereços, datas de nascimento, filiação e alguns outros atributos estão registrados. Por questões de conveniência e otimização do espaço físico, costuma-se atribuir ao paciente um número de matrícula no serviço, que o identifica nas suas idas subseqüentes à Unidade Básica de Saúde (UBS). Usualmente, entrega-se aos pacientes um cartão de matrícula que contém este número. Por fim, também é freqüente que os serviços de atendimento do posto registrem sua atuação, anotando para cada dia e turno uma relação dos pacientes atendidos.

Para realizar um estudo de demanda, portanto, necessitaríamos trabalhar com um conjunto de documentos: primeiro, a relação de atendimentos do período que pretendemos estudar; a partir desta, levantaríamos os prontuários dos pacientes e complementaríamos sua identificação com uma ida ao cadastro de pacientes. De posse deste conjunto de documentos, contaríamos a freqüência de ocorrência de determinados atributos de interesse – por exemplo, agregando os pacientes por certas faixas de idade – e produziríamos um conjunto de tabelas e gráficos que caracterizaria o perfil da demanda do serviço no período de estudo.

Nesse nosso exemplo, portanto, um conjunto de objetos – pacientes, profissionais, turnos de atendimento, atividades – gerou um certo número de

POLÍTICAS DE SAÚDE

registros, que foram agregados segundo critérios preestabelecidos, produzindo um conjunto de números que resumem os registros individuais.

Neste ponto, já é possível introduzir a terminologia dos conceitos que queremos apresentar. Os eventos que queremos registrar geram certas representações escriturais, a que chamamos 'dados'. Assim, a data de nascimento do paciente, sua filiação ou o diagnóstico na última consulta são dados. Para que estes sejam úteis, devem ser trabalhados para gerar indicadores sintéticos, chamados de 'informação'. Deste modo, uma tabela com o número de pessoas atendidas por faixa de idade é uma informação, que permite, por exemplo, identificar se há pediatras em quantidade adequada na nossa UBS hipotética.

É possível classificar os bancos de dados gerados pelos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) em três tipos: epidemiológicos, administrativos e clínicos. Bancos de dados 'epidemiológicos' são desenvolvidos e utilizados para fins de vigilância, avaliação e pesquisa, englobando dados sobre eventos vitais (nascimentos e óbitos), doenças e agravos de notificação compulsória (por exemplo, dengue), entre outros. Já os bancos 'administrativos', são desenvolvidos para fins contábeis e de controle da produção de serviços de saúde prestados. Esses últimos, em geral, contêm dados demográficos dos pacientes atendidos, procedimentos realizados, diagnóstico, mas não trazem dados clínicos. Essas bases, especialmente as hospitalares, vêm crescentemente sendo utilizadas na avaliação, vigilância e pesquisa. Por fim, os bancos de dados 'clínicos', como o nome sugere, armazenam dados clínicos (resultados de exame, medidas antropométricas, por exemplo), de natureza multimídia, que são gerados ao longo do contato de um paciente com diferentes serviços de uma unidade de saúde (por exemplo, laboratório, raios X, cirurgia) ou mesmo de diferentes unidades de saúde. A disponibilidade desses últimos ainda é restrita, mas espera-se que o acesso a esses bancos venha a crescer com a maior expansão dos sistemas de registros eletrônicos de saúde.

Sistemas de Informação em Saúde no Brasil

Nas últimas décadas, foi implementada no Brasil uma série de ações, planos e projetos visando à estruturação e à organização da área de informação no âmbito nacional. Apesar de iniciativas importantes terem ocorrido antes na década de 1990 como, por exemplo, a implantação do Sistema de Informação

INFORMAÇÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE

sobre Mortalidade (SIM), em 1975, e a criação do Grupo Técnico de Informação em Saúde, em 1986, os maiores avanços foram alcançados a partir dos anos 90.⁴

Durante esse período, foram observados expressivos avanços na implantação e acesso a bancos de dados nacionais com informações sobre nascimentos, óbitos, doenças de notificação, atenção básica, imunizações, produção de procedimentos ambulatoriais, atendimento de alto custo, hospitalizações, estabelecimentos de saúde e orçamentos públicos. Além disso, houve progressos no acesso às informações demográficas e socioeconômicas, coletadas e processadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que são necessárias para contextualizar os dados da saúde. Informações produzidas em outros setores do governo, mas de interesse para a área de saúde, por exemplo, benefícios da previdência social, além de sistemas específicos implantados nos níveis estadual e municipal, especialmente nas áreas metropolitanas e cidades de maior porte, contribuíram para compor um quadro bastante rico e diversificado de informações de interesse para a área da saúde. Ainda que questões relacionadas à cobertura dos sistemas, à qualidade dos dados e à falta de variáveis devam ser consideradas, esses bancos de dados representam fontes importantes que podem ser utilizadas rotineiramente em estudos epidemiológicos, na vigilância, pesquisa e na avaliação de programas e serviços de saúde.

No Quadro 1, são apresentadas algumas características dos principais SIS disponíveis no Brasil. Para maiores detalhes, aconselhamos a consulta às referências citadas ao final deste artigo.

⁴ Nesta seção, serão apresentados de forma resumida alguns conceitos básicos sobre sistemas de informação. Para uma discussão mais detalhada, ver Camargo Jr. e Coeli (2000).

POLÍTICAS DE SAÚDE

Quadro 1 – Sistemas nacionais de informações em saúde

SIGLA	SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	ANO DE INÍCIO*	DOCUMENTO BÁSICO
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade	1975	Declaração de óbito
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS**	1991	Autorização de internação hospitalar
Sinasc	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos	1990	Declaração de nascidos vivos
Sinan	Sistema de Informações de Agravos de Notificação	1993	Ficha individual de notificação Ficha individual de investigação
SI-PNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização.	1994	Vários
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS	1994	Boletim de Produção Ambulatorial
Apac	Autorizações de Procedimentos de Alto Custo/Complexidade	1996	Vários
Siab	Sistema de Informações da Atenção Básica	1998	Formulários de cadastro e seguimento das famílias atendidas pelas equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde.
Siops	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde	1999	Vários
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	2000	Vários

* Não corresponde necessariamente ao ano em que se encontram dados disponíveis para análise.

** Em 1984, foi implantado o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMPHS) visando ao financiamento do atendimento hospitalar prestado pelos serviços contratados privados. Este sistema foi posteriormente expandido para os hospitais filantrópicos (1986), universitários e de ensino (1987) e a todos hospitais públicos municipais, estaduais e federais (1990), quando passou a ser denominado SIH-SUS.

Os bancos de dados do SIM (Brasil, 2001a) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) (Brasil, 2001b) armazenam uma série de dados, respectivamente, sobre óbitos (por exemplo, local de ocorrência e residência, causa básica e associada) e nascimentos (por exemplo, idade materna, peso ao nascer), sendo importantes fontes para o cálculo de indicadores empregados rotineiramente na avaliação em saúde (por exemplo, mortalidade infantil e mortalidade proporcional por causa). Esses sistemas deveriam, ao menos em teoria, cobrir toda a população. Entretanto, deficiências na cobertura ainda são observadas, especialmente nas regiões Norte e Nordeste (Szwarcwald et al., 2002).

Da mesma forma que o SIM e o Sinasc, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan – Brasil, 2002; Ripsa, 2002) também gera um

INFORMAÇÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE

banco de dados epidemiológico, que fornece informações sobre a incidência, prevalência e letalidade de um conjunto de doenças e agravos que constam da lista de notificação compulsória. A cobertura, embora teoricamente universal, é variável dependendo do agravo em questão.

O Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) gera uma base de dados administrativos, que contempla dados sobre os pacientes internados (por exemplo, idade, sexo) e sobre a internação (por exemplo, hospital, tempo de permanência hospitalar, diagnóstico) (Brasil, 2001c). A unidade de análise nesse sistema é a hospitalização e não o paciente, isto é, um único paciente pode apresentar múltiplas hospitalizações em um dado período, não sendo possível identificar, ao menos de forma direta, as hospitalizações relativas a um determinado paciente. Sua cobertura é restrita à população usuária das unidades de saúde credenciadas ao SUS.

O Sistema das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (Apac) tem por objetivo o controle administrativo da produção ambulatorial dos procedimentos de alta complexidade, incluindo terapia renal substitutiva, radioterapia e quimioterapia. Nesse sistema, cada paciente é identificado através do número do CPF, sendo possível obter informações longitudinais sobre um paciente ao longo do tratamento (Brito, Portela & Vasconcelos, 2005; Gomes Jr., De Martino & Almeida., 2003).

Ao contrário do SIH-SUS e do sistema Apac, o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), cujo objetivo é o controle da produção ambulatorial, não traz informações individualizadas, fornecendo apenas o número de procedimentos por grupo de procedimento ambulatorial.

Cabe ressaltar que a cobertura desses três últimos sistemas não é universal, abrangendo apenas a população que faz uso de serviços de saúde ligados ao SUS, públicos ou privados. Os resultados da “Pesquisa por Amostra de Domicílios – acesso e utilização de serviços de saúde” (IBGE, 2003) mostraram que a cobertura de planos de saúde na população brasileira era de aproximadamente 24,6%; embora isto não signifique que a totalidade desta fração passe completamente ao largo do SUS, certamente indica que, para um certo número de procedimentos (em especial aqueles de custo mais baixo e, portanto, mais provavelmente incluídos na cobertura dos seguros-saúde), há um número significativo de pessoas que não utiliza o SUS.

POLÍTICAS DE SAÚDE

O Siab tem por objetivo o acompanhamento e avaliação das atividades realizadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS), abrangendo dados coletados no âmbito domiciliar e nas unidades básicas de saúde. O Siab é territorializado, permitindo, dessa forma, o cálculo de indicadores de saúde relativos à população adscrita a uma equipe de saúde da família (Silva & Laprega, 2005).⁵

O Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) tem por objetivo o acompanhamento sistemático do quantitativo populacional vacinado, permitindo, adicionalmente, o controle do estoque de imunobiológicos, contribuindo desta forma para o planejamento da sua aquisição e distribuição (Brasil, 2001d).

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) tem por objetivo a coleta e a sistematização de informações sobre as receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo (www://siops.datasus.gov.br/siops.htm). Já o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (www://cnes.datasus.gov.br) tem por objetivo cadastrar e manter atualizados os dados dos estabelecimentos de saúde, hospitalares e ambulatoriais, componentes da rede pública e privada, nos três níveis (municipal, estadual e federal), permitindo a avaliação da capacidade instalada de serviços de saúde no Brasil.

Uso dos SIS para Fins de Avaliação

As bases de dados nacionais são consideradas fontes de dados secundários, isto é, contêm dados que não são colhidos primariamente visando à realização de uma avaliação específica. Em relação às fontes de dados primários (por exemplo, inquéritos), apresentam como vantagens a ampla cobertura populacional, o baixo custo para a coleta das informações e a facilidade para o seguimento longitudinal. As maiores desvantagens estão relacionadas à falta da padronização na coleta dos dados, que afeta a qualidade dos dados registrados, e à falta de informações que podem ser importantes para as análises de interesse. Embora essas desvantagens estejam presentes tanto nas bases epidemiológicas como nas administrativas, são mais importantes nas últimas,

⁵ Sobre o Siab, ver Soares, Gomes e Moreno, texto "Sistema de Informação da Atenção Básica", no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

INFORMAÇÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE

já que as bases epidemiológicas, ao terem como objetivo a avaliação em saúde, costumam apresentar uma maior variedade de dados. Órgãos das secretarias municipais e estaduais de saúde e do Ministério da Saúde desenvolvem ações de controle sobre os dados processados nas bases de dados epidemiológicas, ao passo que, para as bases administrativas, o controle em geral é limitado à verificação do atendimento das normas administrativas que regem esses sistemas.

A maior desvantagem das bases epidemiológicas, quando comparadas às bases administrativas, é a defasagem entre o evento de interesse e a disponibilidade dos dados para análise (atualmente os dados mais atualizados sobre mortalidade, disponibilizados no *site* do Departamento de Informática do SUS – Datasus –, referem-se ao ano de 2004). Esse último aspecto representa a característica mais interessante das bases administrativas, já que se observa um curto período entre a ocorrência do evento de interesse e a disponibilidade das informações para análise (em geral poucos meses). Entretanto, a grande dependência em relação às regras que regulam o financiamento do cuidado prestado e a vulnerabilidade à fraude representam problemas adicionais que devem ser considerados quando do uso das bases administrativas para fins de avaliação.

As bases de dados epidemiológicas são tradicionalmente empregadas para a construção de indicadores de saúde, que, juntamente com indicadores demográficos e socioeconômicos (Ripsa, 2002), permitem a elaboração de diagnósticos sobre as condições de vida de populações e podem ser empregados na avaliação de programas de intervenção.

A utilização de bases administrativas com fins de avaliação é mais recente, iniciando-se a partir da década de 1970. No Brasil, vários estudos, especialmente na área de avaliação de serviços de saúde e na vigilância em saúde, já foram desenvolvidos utilizando o SIH-SUS. A grande diversidade de análises realizadas reforça o potencial desse sistema como fonte de dados para a realização de avaliações em saúde em nosso meio, embora ainda sejam necessários mais estudos que busquem avaliar a qualidade dos dados do SIH-SUS (Bittencourt, Camacho & Leal, 2006).

Levando em consideração as limitações apontadas, ao se optar pela utilização das bases de dados para fins de avaliação, deve-se ter em mente que: 1)

POLÍTICAS DE SAÚDE

as perguntas que poderão ser respondidas são limitadas aos dados disponíveis; 2) para cada agravo no local e período de interesse, deve-se conhecer a cobertura do sistema, a completude e a qualidade dos dados; 3) no caso de bases administrativas, deve-se, adicionalmente, conhecer as regras administrativas que regem esses sistemas e as suas mudanças ao longo tempo.

Indicadores em Saúde

Se buscarmos auxílio nos dicionários de língua portuguesa, encontraremos, para o termo indicador, dentre as definições disponíveis, a seguinte: “que ou que fornece indicações de pesos e medidas diversas (diz-se de instrumento, dispositivo, etc.) (Houaiss, 2001). Por essa definição, é plausível associar o termo indicador a uma possibilidade de produzir medidas sobre algo. De forma complementar, para o verbo indicar, temos acepções como “esclarecer, informar (alguém) sobre (algo); instruir, orientar” (Houaiss, 2001) e “fazer o esboço de; esboçar, delinear” (Houaiss, 2001), que nos levam a pensar que as medidas produzidas por um indicador não são uma tradução exata da realidade circunstante, mas que, isto sim, são indícios de que determinado fato esteja acontecendo – neste texto, mais especificamente, algo que está acontecendo na área da saúde.

Por esta razão, mesmo considerando que indicadores são utilizados em inúmeras áreas de atuação, no setor saúde, deve-se ter em mente que estes são compósitos de fundamental importância para o planejamento e organização das ações/estratégias de saúde pública. Em virtude dessas considerações, podemos definir o termo indicador como uma medida-síntese produzida a partir de informações capturadas em SIS e que tem como finalidade promover o acompanhamento e a avaliação de ações estratégicas em saúde ao longo do tempo, bem como avaliar e fornecer novas informações sobre diferentes atributos e dimensões da saúde e, também, sobre a *performance* dos sistemas de saúde como um todo.

Assim sendo, podemos pensar que os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas. Ou seja, “um conjunto de indicadores de saúde tem como propósito produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, inclusive documentando as desigualdades em saúde” (Ripsa, 2002: 12). Em geral, encontramos na lite-

INFORMAÇÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE

ratura sobre o assunto duas formas de referência aos indicadores produzidos: quanto à finalidade e quanto ao conteúdo.

No primeiro caso, estão os conceitos de eficiência, eficácia e efetividade, que podem ser entendidos da seguinte maneira:

Eficiência refere-se à utilização dos recursos diversos (financeiros, materiais e humanos) em relação às atividades e resultados atingidos. Em geral, são expressos como custo/eficácia ou custo/benefício. Como exemplo, poderíamos pensar no custo médio de mão-de-obra de um ACS, por habitante.

O termo eficácia diz respeito ao quanto um conjunto de ações em um determinado projeto foi suficiente para alcançar os resultados planejados/pre-tendidos. Ou seja, mede o quanto determinadas metas programadas para serem cumpridas em um determinado espaço de tempo foram alcançadas. Por exemplo, quantidade de pessoas adscritas em uma área do PSF no último ano.

Por fim, indicadores de efetividade mensuram resultados de um determinado projeto em termos de benefícios ou transformações produzidas. Ou seja, o quanto situações-problema que motivaram a implantação de tal projeto foram transformadas. Este caso poderia ser exemplificado pelo fato de ser observada a manutenção de um comportamento/hábito de vida saudável incorporado/adquirido a partir da visita técnica de um ACS, ao longo do tempo.

No que diz respeito ao conteúdo, e de acordo com a 'Matriz de indicadores' que consta da publicação *Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações* (Ripsa, 2002), temos a seguinte qualificação, que utiliza como fonte de dados os SIS anteriormente elencados: demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos, cobertura.⁶

Por indicadores demográficos, entendemos aqueles que, em grande parte das vezes, são baseados em bancos de dados do IBGE e que se referem a dados populacionais, como, por exemplo, a quantidade total de famílias acompanhadas em uma determinada região atendida pelo PSF.

Os indicadores socioeconômicos, por sua vez, também utilizam fontes de dados produzidas pelo IBGE e se referem a condições de vida, mais especificamente, educação, trabalho e renda. Dentre estes, podemos destacar a taxa de analfabetismo encontrada em populações atendidas pelo PSF.

⁶ Para conhecer a ficha de qualificação (com informações sobre definição, fórmula de cálculo, entre outras) de diferentes indicadores, ver Ripsa (2002).

POLÍTICAS DE SAÚDE

Quanto aos indicadores de mortalidade, as bases de dados mais comumente utilizadas são o SIM e o Sinasc, além das fontes do IBGE, como, por exemplo, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e o Censo Demográfico. No caso das regiões atendidas pelo PSF, podem ser calculados indicadores como a taxa mortalidade proporcional por diarreia em menores de 28 dias. Neste caso, para cálculo do indicador, a quantidade total de óbitos em menores de 28 dias, na região em questão, em um determinado período de tempo, será dividida pelo total de óbitos em menores de 28 dias, na mesma região e período de tempo utilizado no numerador.

Os indicadores de morbidade e fatores de risco dizem respeito a doenças e agravos à saúde. As principais fontes de dados utilizadas são a Base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação semanal e o Sinan (a partir de 1998). No âmbito do PSF, poderíamos citar, por exemplo, a taxa de prevalência de hanseníase, utilizando-se o número de casos confirmados de hanseníase (casos cadastrados), por 10 mil habitantes, existentes na população residente em determinado espaço geográfico, na data de referência do ano considerado.

Os indicadores de recursos referem-se, como o próprio nome sugere, aos recursos humanos, materiais e financeiros (públicos ou privados) utilizados na implementação/utilização de ações/estratégias de saúde. As mais variadas fontes de dados são utilizadas para o cálculo desses indicadores; dentre elas, o SIH-SUS, o Sistema de Informação de Recursos Humanos (SIRH) – a partir dos registros administrativos dos conselhos profissionais – e base demográfica do IBGE. Como exemplos de indicadores de recursos, tem-se a despesa domiciliar com saúde e o gasto federal com saneamento.

Por fim, os indicadores de cobertura referem-se à abrangência das ações/estratégias de saúde. As principais fontes de dados utilizadas são o SIA-SUS, o SIH-SUS e base demográfica do IBGE. O exemplo clássico deste tipo de indicador é a cobertura vacinal expressa pelo percentual de crianças menores de um ano de idade imunizadas com vacinas específicas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Por todo o exposto, observa-se que o uso adequado e continuado de indicadores de saúde deve ser cada vez mais estimulado/ampliado,⁷ uma vez

⁷ Sobre indicadores e instrumentos para a análise de situação de saúde e diagnóstico sócio-sanitário, ver Monken e Barcellos, texto "Instrumentos para o diagnóstico sócio-sanitário no Programa de Saúde da Família", no livro *O Território e o Processo Saúde-Doença*, nesta coleção (N. E.).

INFORMAÇÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE

que os mesmos configuram-se como um imprescindível conjunto de informações criteriosamente trabalhadas, que, como dito anteriormente, “em tese, permitiriam um planejamento, controle e avaliação adequados das ações em saúde no âmbito das equipes, unidades e municípios” (p. 3).

Referências

- BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. A. B. & LEAL, M. C. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 22: 19-30, 2006.
- BRANCO, M. A. F. *Política Nacional de Informação em Saúde no Brasil: um olhar alternativo*, 2001. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Procedimentos do Sistema de Informação sobre mortalidade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Procedimentos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual do sistema de informações hospitalares do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações – avaliação do programa de imunizações*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. v.I.
- BRITO, C.; PORTELA, M. C. & VASCONCELLOS, M. T. L. Avaliação da concordância de dados clínicos e demográficos entre Autorizações de Procedimento de Alta Complexidade Oncológica e prontuários de mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21: 1829-1835, 2005.
- CAMARGO JR., K. R. & COELI, C. M. Sistemas de informação e banco de dados em saúde: uma introdução. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, 2000. (Série Estudos em Saúde Coletiva)
- CAMARGO JR., K. R. & COELI, C. M. Políticas de informação em saúde. In: EPSJV (Org.) *Textos de Apoio em Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- GOMES JR., S.-C dos S.; DE MARTINO, R. & ALMEIDA, R. T. Rotinas de integração das tabelas do sistema de autorização de procedimentos de alta complexidade em oncologia do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 11: 231-254, 2003.

POLÍTICAS DE SAÚDE

HOUAISS, A. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. Disponível em: <www.houaiss.uol.com.br/busca.jhtm>. Acesso em: 4 set. 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. *Pesquisa por Amostra de Domicílios – acesso e utilização de serviços de saúde*. Brasília: IBGE, Ministério da Saúde, 2003.

RIPSA. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. *Indicadores Básicos de Saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: Opas, 2002.

SILVA, A. S. & LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21:1821-1828, 2005.

SZWARCWALD, C. L. et al. Estimativa da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, 18: 725-1736, 2002.

Avaliação de Saúde na Atenção Básica: perspectivas teóricas e desafios metodológicos

*Marly Marques da Cruz
Elizabeth Moreira dos Santos*

Introdução

No Brasil, a configuração do Sistema Único de Saúde (SUS), no final dos anos 80, é fruto de um longo processo de construção política e institucional indutor da reorientação do modelo assistencial, cuja principal estratégia foi a de expansão da atenção básica. Processo este que tem implicado mudanças substanciais referidas ao aumento do acesso a bens e recursos de saúde, à regionalização das ações de saúde, à descentralização dos recursos, à reorganização do processo de trabalho dos profissionais de saúde na rede de serviços, enfim, uma série de rearranjos no setor saúde.

A necessidade de implementação do novo sistema se deu mediante o esgotamento do modelo médico-assistencial,¹ centrado no hospital, no médico, na doença e na assistência curativa, com uso de tecnologias de alto custo, baixa acessibilidade e resolutividade. De forma a romper com esse modelo e promover uma mudança de paradigma na organização do sistema, buscou-se organizar a atenção básica obedecendo aos princípios do SUS, à lógica territorial, ao perfil epidemiológico e demográfico das áreas de atuação, tendo em vista o planejamento e a implementação de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde de forma universal, humanizada e de qualidade.

A questão central do debate é: como garantir acesso universal com qualidade na atenção básica? Essa ainda apresenta-se como um dos grandes desafios do SUS, na medida em que a ampliação da rede básica de saúde e, particularmente, a de Estratégias de Saúde da Família (ESF) não deva estar, exclusivamente, vinculada a uma lógica quantitativa da produtividade. Ao contrário, a

¹ Sobre modelos de atenção à saúde, ver Silva Júnior, texto “Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas”, no livro *Modelos de Atenção e Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

POLÍTICAS DE SAÚDE

expansão desta rede, caracterizada por ações complexas, deve contemplar a produção de efeitos de qualidade e apropriados às necessidades da população.

Esse debate é de grande relevância no cenário atual de intensificação da ampliação de ações da atenção básica e de serviços de saúde, na medida em que a perspectiva é de construção de uma rede de saúde mais integrada, resolutiva e que garanta a satisfação dos usuários. Até porque, mesmo reconhecendo os avanços nesta área, ainda são notórias as incongruências e desajustes no cotidiano das práticas em saúde, apontando a carência de ferramentas mais apropriadas e consistentes para o monitoramento e avaliação (M&A) das ações de saúde.

Ao focar esses pontos de inquietação, este artigo tem como propósito ser uma fonte de diálogo com o leitor de forma a facilitar a tematização e problematização sobre as bases conceituais e metodológicas da avaliação em saúde, pois a avaliação se apresenta como uma prática social que auxilia a nortear as práticas de saúde e a gestão na tomada de decisão, com base em critérios e padrões, preferencialmente pactuados. Enfim, procuraremos assim contribuir para o debate da avaliação fortalecendo a idéia de que esta é uma ferramenta de negociação permanente e que requer um debruçar sobre seus pilares teóricos e metodológicos na incorporação de uma cultura avaliativa, como é o caso da atenção básica.²

Aspectos Conceituais da Avaliação

O campo da avaliação de programas, como um conjunto de conhecimentos organizados, tem como marco inicial os anos 30 do século XX, período que sucedeu a Segunda Guerra Mundial, quando emergem iniciativas de avaliação das políticas públicas (Worthen, Sanders & Fitzpatrick, 1997), especialmente na área da educação. No período, a concepção de avaliação se configurou como um esforço de legitimação e institucionalização de uma prática consistente de prestação de contas (*accountability*) e julgamento do sucesso destas políticas.

Em pouco tempo, os programas de saúde começam a ser desenvolvidos e implementados em grande escala e, paralelamente, a avaliação nessa área

² Sobre atenção básica e atenção primária à saúde, ver Matta e Fausto, texto "Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas", no livro *Modelos de Atenção e Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

AVALIAÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

passa a ser reconhecida como objeto de investigação científica, dentro de um movimento que ganhou força no âmbito de atuação do setor público. Um dos fatores que tanto favoreceu a ampliação da avaliação dos programas foi o aumento dos gastos do governo com os programas sociais, que cresceram no pós-guerra devido à crise social instaurada.

No entanto, com a expansão da política neoliberal e de globalização do mercado internacional, é crescente o corte de recursos destinados às políticas sociais no setor público, embora seja crescente o esforço em se implementar mecanismos de M&A destas. O que se coloca como questão é o que se pretende com investimentos dessa natureza, tendo em vista que os sentidos atribuídos ao uso dos resultados desses são variados e atende a diferentes interesses.³

De modo mais amplo, pode-se dizer que, do ponto de vista conceitual, não existe um consenso quando o tema é avaliação. Alguns formuladores em avaliação vão conceituá-la de forma distinta, indicando dilemas e controvérsias (Worthen, Sanders & Fitzpatrick, 1997; Patton, 1997; Stufflebeam, 2001), embora haja consenso entre eles de que toda avaliação implica julgamento de valor. Esses formuladores denotam que a complexidade do campo tem a ver com a diversidade de abordagens e de objetos da avaliação, que podem ser: tecnologias, ações, serviços, estabelecimentos, sistemas e políticas.

Uma das principais referências teóricas de avaliação na área da saúde presente na literatura é a de Donabedian (1980), que propõe a avaliação da qualidade da atenção médica, por meio de um modelo que sistematiza os atributos de qualidade, como: eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade. A matriz de avaliação estruturada pelo autor, pautada em uma concepção sistêmica, baseia-se nos pilares da estrutura, processo e resultado, denominadas tríade norteadora da avaliação de serviços, sistemas ou programas.

Ainda que reconhecendo a importância de Donabedian no campo da avaliação, é necessário levar em conta a rigidez e a não incorporação em seu modelo de componentes, como no caso dos componentes políticos ou externos, que influenciam também na inter-relação entre uma intervenção e seus efeitos. Ou seja,

³ Sobre neoliberalismo, ver Linhares e Pereira, texto "O estado e as políticas sociais no capitalismo", no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

POLÍTICAS DE SAÚDE

é cada vez mais evidente a exigência de inserção nos modelos de avaliação de outros fatores que interferem na implementação ou na obtenção de efeitos esperados ou não previstos no desenho do programa.

Fazendo um contraponto ao pensamento donabediano e focando mais a avaliação de programas, nos reportamos a Contrandriopoulos et al., que consideram que a avaliação consiste fundamentalmente em emitir um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou qualquer um de seus componentes e deve orientar a tomada de decisão, sem excluir a influência dos contextos. Para estes autores, a intervenção deve ser compreendida como “um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros e simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços que venham a modificar uma situação problemática” (1997: 31).

Mesmo compartilhando dessa concepção de avaliação, Vieira-da-Silva (2005) propõe tratar as intervenções como práticas sociais, bem como rever o sentido atribuído à noção de julgamento, que pode variar da formulação de um juízo de valor dicotômico (quantitativo e qualitativo) até uma análise que envolva o significado do fenômeno avaliado. Os argumentos da autora são devidamente pertinentes por trazerem a reflexão sobre o caráter processual, dinâmico e multifacetado que envolve um conjunto de práticas sociais e o exercício da atribuição de valores.

Em uma mesma linha de pensamento, Spink (2001) destaca a avaliação como uma prática social que envolve o julgamento de ações que intervêm em um processo social contínuo, portanto não estático, e sim situado historicamente. Nesse sentido, compreendemos que a avaliação diz respeito a vetores que guardam correspondência na relação não linear entre intervenção e efeitos.

Um aspecto a ser retomado é que muitas análises ou mesmo estudos descritivos são tratados como avaliação, quando na realidade se aproximam mais da proposta da auditoria, da acreditação, de relatórios de atividades ou de prestação de contas. Muitos estão baseados em idéias reguladoras de efetividade, eficiência ou eficácia, sem que apresentem o ‘julgamento’, ou qualquer idéia de valoração.

Em uma avaliação, o julgamento de uma intervenção pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas, ao se comparar os recursos empregados e sua organização, os serviços e bens produzidos e os resultados obtidos (‘avaliação normativa’). Como pode consistir na explicação de todas as relações

AVALIAÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

entre os componentes da intervenção (insumos, atividades, produto, resultado, impacto) e seus efeitos, de acordo com as teorias sobre a mesma e atendendo a requisitos de rigor metodológico semelhante aos de qualquer outra modalidade de investigação ('pesquisa avaliativa'). Nesse ponto, embora ambos envolvam a investigação científica, o que para Contrandriopoulos et al. (1997) diferencia a avaliação normativa da pesquisa avaliativa é o uso da norma como padrão, na primeira, e do rigor do método científico, na última.

Podemos, contudo, destacar, para além da existência dos parâmetros de julgamento, alguns requisitos básicos que conferem especificidade para uma avaliação, conforme documento apresentado pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 1999). São eles: a) a identificação e o comprometimento das pessoas envolvidas na avaliação (*stakeholders*); b) a descrição da intervenção e dos contextos relacionados à mesma; c) a focalização no desenho da avaliação inserindo a pergunta avaliativa, propósitos, usos, métodos e sujeitos; d) o acúmulo de evidências com credibilidade, que deve ser assegurado pela qualidade dos indicadores (qualitativos e/ou quantitativos) e das fontes de dados; e) justificativa das conclusões a partir de padrões, da análise/síntese, interpretação, julgamento e recomendações; f) a garantia do compartilhamento e do uso das lições aprendidas.

De certo que não é nossa intenção esgotar as concepções sobre avaliação existentes na literatura, mas apontar as convergências e tensões entre as diferentes concepções e, sobretudo, afirmar a importância de definir o ponto de partida de qualquer iniciativa dessa natureza. Afinal, a avaliação tem sido apresentada como etapa fundamental de qualquer ação sistematizada que visa atingir efeitos previamente estabelecidos.

Mas, antes de nos determos aos desenhos e abordagens da avaliação, consideramos de suma importância diferenciar monitoramento de avaliação, tratados por alguns autores como sinônimos e por outros como distintos. Partimos do ponto de vista de que são atividades complementares, tendo em vista que o monitoramento refere-se ao acompanhamento sistemático e periódico dos sistemas de informação, indicadores de saúde, procedimentos, produtos e situações de saúde; e a avaliação vai além por ter poder explicativo ao viabilizar a comparação do efeito real com o idealizado e envolver a atribuição de valor ao resultado dessa comparação (Hartz, 2000; Brasil, 2005).

POLÍTICAS DE SAÚDE

No âmbito da institucionalização do M&A em saúde, segundo Hartz (2002), ambos têm sido compreendidos como ferramentas de gestão e de controle social, por possibilitarem a identificação de prioridades, melhoria das ações de saúde, das bases firmes para a tomada de decisões e para as devidas providências para mudanças necessárias.

É fato que esses dois componentes, em sua execução, requerem um conjunto diverso de esforços mediados pela disposição de encontrar caminhos que não ignorem o entendimento acumulado de muitos atores que cotidianamente realizam o trabalho em saúde. Mas que o organize, qualifique e provoque todas as interseções possíveis e desejáveis, requerendo assim, conforme ressalta Porto (2006): a) processos de reconhecimento da realidade social, da conformação institucional e compartilhamento de capacidades específicas no desenvolvimento do trabalho; b) processos de acordo e negociação que tornam visíveis os efeitos benéficos ou hostis de uma ação; c) processos de ajuste para a confirmação da nova prática, configurando uma relação contínua entre empreender a ação e perseguir o parâmetro ideal, socializando preocupações e soluções para alcançar a integridade, qualidade e a integração de intervenções que, a princípio, comungam de objetivos e compromissos comuns.

Do ponto de vista prático, questões fundamentais continuam sem operacionalização, tais como: a incorporação das ações e da prática de M&A nos diferentes níveis do SUS; a latência prolongada entre coleta e análise de dados, ou seja, a necessária e inalcançável coincidência entre o tempo de análise das informações e a disponibilização do observado em tempo útil para a gestão; e a premente necessidade de mudança da cultura em avaliação. Uma das dificuldades em imprimir novas mentalidades em avaliação tem a ver com a lógica de programas verticalizados, não cultura de planejamento, precária capacidade técnica dos profissionais de saúde e de participação efetiva dos usuários no processo decisório.

Contudo, o investimento na implantação de uma cultura avaliativa, particularmente na atenção básica, implica necessariamente o aprendizado e a apropriação sobre desenhos e abordagens de avaliação. Afinal, a avaliação requer uma aproximação e um debruçar sobre questões remetidas ao 'por que', 'pra que', 'pra quem', 'como' avaliar, de forma a potencializá-la como instrumento voltado para a melhoria da qualidade das ações de saúde.

AVALIAÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Desenhos e Abordagens de Avaliação em Saúde

Na literatura atual, são identificados trabalhos que pontuam a variedade de desenhos e abordagens na avaliação de programas (Worthen, Sanders & Fitzpatrick, 1997; Stufflebeam, 2001; Hartz & Vieira-da-Silva, 2005) e, mais ainda, a complexidade e ambigüidades existentes nas tentativas de desenhar tipologias compreensivas que envolvam os pontos fortes e fracos desses processos classificatórios.

As estratégias de avaliação correspondem às possíveis maneiras de mobilizar recursos teóricos e técnicos visando responder à pergunta de investigação (pergunta avaliativa) de forma a evitar vieses (Vieira-da-Silva, 2005). Os desenhos da avaliação variam conforme as estratégias adotadas. Para estratégias do tipo estruturadas, por exemplo, os desenhos podem ser experimentais, quase experimentais ou não experimentais; para as estratégias semi-estruturadas, os desenhos seriam do tipo estudos de caso (comparado de casos múltiplos, com análise histórica), pesquisa etnográfica, estudos centrados na teoria.

Nas últimas décadas, foram sendo consolidadas duas grandes tendências no campo da avaliação. A primeira diz respeito à aproximação do campo à metodologia de investigações científicas, notadamente aos desenhos de estudos quase-experimentais, do tipo observacionais. A segunda tendência inclui um conjunto de modelos que privilegiam a análise de implementação em que se busca examinar as etapas intermediárias destas relações.

De acordo com a literatura, a análise de implementação é usualmente abordada como equivalente à avaliação de processo por complementar o monitoramento de insumos e produtos com uma dimensão explicativa, viabilizando a compreensão do contexto organizacional que pode afetar o programa (Hartz & Vieira-da-Silva, 2005). Este tipo de análise tende a especificar o conjunto de fatores que influenciam os efeitos produzidos após a 'pressuposta' implementação de uma dada intervenção.

Um aspecto importante da segunda tendência diz respeito à substituição dos estudos de produção e produtividade (cobertura e rendimento) por investigações que tendem a abordar a implementação, com foco na melhoria do programa através de parâmetros que ampliam a concepção de implementação além da mera oferta de serviços, ou seja, incluindo nas análises as dimensões de acesso, qualidade, integralidade e responsividade.

POLÍTICAS DE SAÚDE

Tomamos como referência o modelo lógico que é apresentado como possibilidade teórico-metodológica na área de avaliação de programas (Hartz, 1997; CDC, 1999; Hartz & Vieira-da-Silva, 2005; Santos & Natal, 2006), e é considerado adequado, na medida em que inclui as seguintes especificações: o problema ou ação visado pelo programa, a população-alvo e as condições contextuais; o conteúdo do programa ou atributos necessários e suficientes para produzir, isoladamente e/ou de forma integrada, os efeitos esperados.

Um modelo lógico ou teórico de programa é uma maneira visual e sistemática de apresentar as relações entre intervenção (I) e efeito (E). Ele deve incluir as relações entre os recursos necessários para operacionalizar o programa, as atividades planejadas, as mudanças ou resultados que o programa pretende alcançar. Por mais que reconheçamos algumas das limitações do modelo lógico de programa, não podemos desconsiderar que ele é uma ferramenta potencial que auxilia na descrição da intervenção e orienta a construção do modelo teórico da avaliação.

Sendo assim, concluímos que o modelo ou desenho da avaliação pressupõe a definição: do tipo de avaliação – implementação (processo) ou efeito (resultado e impacto); da forma de coleta (quantitativo, qualitativo e ambos) e análise de dados; da disseminação dos resultados, ao passo que as abordagens da avaliação estão atribuídas: à compreensão dos usos; ao envolvimento dos usuários potenciais da avaliação; à inclusão dos contextos, tendo como atitude o compromisso com a mudança social (Santos & Natal, 2006).

Um aspecto importante a ser ressaltado quando nos referimos ao tipo de avaliação diz respeito ao pouco investimento nas avaliações de processo. Entretanto, a ênfase na melhoria do programa, como uso preferencial da avaliação, deve focalizar esse tipo de avaliação. Apenas cabe registrar que as abordagens da análise de implementação não privilegiam necessariamente a quantificação, mas procuram identificar os processos implicados na produção dos efeitos de uma intervenção, relacionando a racionalidade interna do programa com o contexto onde este está implantado. Além disso, contemplam as dimensões operacionais e estratégicas, incluindo componentes qualitativos cruciais para o aprendizado e a tomada de decisão.

Mas, retomando o tópico das abordagens, deduzimos que estas compreendem as estratégias que se referem ao nível e às modalidades de envolvimento dos usuários potenciais no processo avaliativo, aos usos atri-

AVALIAÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

buídos à possível utilização dos achados da avaliação, ou seja, prestação de contas, melhoria da intervenção e/ou produção de conhecimento; e a inclusão dos contextos. A combinação prevista do uso e do foco determina a pergunta avaliativa e as possibilidades de desenho a serem considerados.

Embora vários autores tenham contribuído para relativizar quanto e como a inclusão dos contextos é incorporada ao processo avaliativo, ela continua sendo um dos diferenciadores de abordagens em avaliação. Essa incorporação está relacionada ao poder explicativo da avaliação, as características que diferenciam a pesquisa avaliativa da avaliação normativa e o compromisso com a mudança social, para citar apenas alguns exemplos.

Stufflebeam (2001) procedeu a uma revisão da literatura descrevendo possíveis abordagens em avaliação. A análise crítica dessas abordagens foi realizada através de critérios previamente definidos, o que permitiu ao autor identificar nove abordagens que ele agrupou em quatro grandes grupos, os quais recomenda para o uso. São eles: a) pseudoavaliações; b) avaliações orientadas para questões e métodos; c) avaliações voltadas para prestação de contas e melhoria do programa; d) avaliações voltadas para a *advocacy* e/ou agendas sociais. Desta forma, o autor constrói uma nova tipologia de abordagens em avaliação que serve de referência para o campo.

Como exemplo de uma abordagem participativa, temos a avaliação focada na utilização (AFU), que prevê a participação dos usuários em todos os momentos do processo avaliativo (Patton, 1997, 2001). Essa abordagem pode ser aplicada em avaliações com diferentes tipos de usos, entretanto ela é recomendada especialmente em avaliações voltadas para melhoria do programa e que visem ao desenvolvimento institucional.

Os avaliadores que se manifestam a favor da vertente da avaliação participativa defendem uma abordagem naturalística, baseada em uma lógica informal e com raízes na etnografia e na fenomenologia (Worthen, Sanders & Fitzpatrick, 1997; Spink, 2001). Nessa vertente, o avaliador é colocado no elenco dos aprendizes, e os que estão sendo avaliados, no papel de informantes potenciais que orientam o avaliador, que, por sua vez, deve estar mais preocupado com a credibilidade dos achados.

Patton (1997) defende veementemente que a melhor estratégia de fomento para o uso dos resultados de uma avaliação é o envolvimento dos potenciais usuários da avaliação no processo avaliativo. Para o autor, no processo de

POLÍTICAS DE SAÚDE

participar de uma avaliação, os participantes são expostos ao pensar avaliativo, têm a oportunidade de aprender a lógica e a disciplina da avaliação racionalmente orientada, habilidades são adquiridas na identificação do problema, especificação dos critérios, na coleta de dados, na análise e na interpretação. A aquisição de habilidades nas técnicas de avaliação e nas maneiras de pensar em avaliação possibilita a construção de uma cultura avaliativa, podendo ter um impacto maior na vida institucional do que o uso de achados avaliativos pontuais, realizado por avaliadores externos.

Alguns autores vão-se apropriar de abordagens participativas na avaliação, de forma a incluir conceitos e técnicas para empoderar (*Empowerment Evaluation*) aqueles cujos programas estão sendo avaliados (Fetterman, 1997; Becker et al., 2004). Nesse sentido, os processos avaliativos precisam avançar para focalizar os programas de desenvolvimento local e de promoção da saúde, como no caso das estratégias de saúde da família.

Portanto, um dos grandes desafios para a institucionalização e qualificação da avaliação de programa diz respeito à definição de desenhos e abordagens compatíveis aos objetos em questão. No caso da atenção básica, como veremos a seguir, essa apropriação se faz necessária na definição do papel do avaliador interno, de sua capacidade de incorporar nas análises fatores do cenário sócio-histórico e institucional, onde essas ações ocorrem, e de sua capacidade de proporcionar as devidas mudanças no sentido da melhoria das ações de saúde.

Avaliação na Atenção Básica

Na conjuntura atual da política de saúde brasileira, a reorientação do modelo assistencial tem focado a atenção básica em saúde através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Brasil, 2003). A reorganização do sistema favoreceria, assim, a própria organização da municipalização para contemplar os pontos essenciais – vínculo, continuidade, resolutividade – da atenção à saúde neste nível, contrapondo-se, assim, ao modelo cuja concepção vertical tem-se revelado ineficiente.

A organização da atenção básica, através da ESF, obedece a uma lógica territorial, com ações descentralizadas de promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde de acordo com a realidade da população

AValiação DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

local. A inversão da lógica da atenção consolida diretrizes e estratégias para uma ação integrada – entre diferentes programas de saúde – e integral – relacionadas às necessidades e riscos individuais – dos usuários do SUS.

A partir do final dos anos 90, a expansão da ESF, com a implantação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), volta-se para a legitimação institucional das estratégias de saúde da família no SUS e para o fortalecimento dos mecanismos de sustentabilidade da atenção básica no país (Medina & Aquino, 2002). Ainda que a consolidação da ESF seja um processo diverso e complexo e sua expansão e legitimação política pareçam irrevogáveis, é preciso construir meios para verificar se a implementação dessa estratégia vem possibilitando efetivamente a mudança na lógica de organização da atenção à saúde e produzindo ações de qualidade.

Nesta perspectiva, a temática M&A ganha centralidade no debate da ESF (Souza, 2002; Brasil, 2005), tendo em vista a necessidade de investimento na institucionalização da avaliação para a melhoria da qualidade da atenção básica e de uma cultura institucional favorável para tal.

A institucionalização da avaliação na atenção básica, na concepção de Hartz (2002: 419), visa "(...) integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas". Compartilhando dessa idéia, Felisberto (2004) destaca que a inserção da avaliação na rotina dos serviços se dá, sobretudo, através do desenvolvimento e fortalecimento de capacidade técnica, o que contribui decisivamente para a qualificação da atenção à saúde ao promover a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS.

Parte-se dessa concepção vislumbrando-se a adoção das ações de M&A como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, como instrumento de suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos. É preciso definir formalmente as responsabilidades respectivas de quem encomenda a avaliação e de quem avalia para se aprimorar os resultados dos conhecimentos produzidos e incorporá-los à realidade.

A Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da ESF configura-se como iniciativa que visa assegurar aos atores envolvidos com a estratégia, em seus diferentes níveis de atuação, a apropriação de princípios, métodos e ferra-

POLÍTICAS DE SAÚDE

mentas que possibilitem a avaliação de maneira sistêmica e integrada com vista à melhoria da capacidade gerencial, técnica e científica (Brasil, 2006). Essa proposta integra ações, atividades e experiências que situam a avaliação como instrumento permanente para a tomada de decisões e a qualidade como um atributo fundamental a ser alcançado no SUS.

Para Medina e Aquino (2002), a melhoria da qualidade das ações da ESF passa pela melhoria dos sistemas de informação, em particular do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), por meio de melhor registro de dados. Até porque, do seu ponto de vista, persistem incongruências entre o tempo necessário para a análise do desempenho dos municípios e para o alcance de metas e a rigidez dos tempos impostos.

De certo que a autora traz uma preocupação central para uma proposta de avaliação normativa centrada nas informações produzidas através dos registros de produção existentes. No entanto, existem limitações no uso desses dados na avaliação da atenção básica, ainda que nos reportemos ao Siab como um sistema que inaugurou uma nova lógica de produção e de utilização da informação em saúde. Porém, entendemos que a proposta de enfatizar a melhoria da qualidade exige maior envolvimento dos usuários potenciais da intervenção e da avaliação na definição dos critérios que vão definir o que seja qualidade.

Mas, além da dimensão de qualidade tratada nas iniciativas de avaliação da atenção básica, é viável tomar como referência as dimensões de acesso e integralidade, não só na implementação das ações, mas também na interação com os usuários, pois investir na melhoria de tais ações implica, necessariamente, conforme abordado anteriormente, centrar esforços em análises de implementação que subsidie a tomada de decisão e reduza as incertezas inerentes ao processo.

Independente da(s) dimensão(ões) a ser(em) utilizadas em uma proposta de avaliação da atenção básica, não há dúvida de que os principais beneficiários desta iniciativa são os próprios usuários do sistema de saúde, identificados como foco da proposta (Brasil, 2006). Neste caso, cabe o desenvolvimento de avaliações que envolvam abordagens que visem à participação mais efetiva dos usuários, como possibilidade de incorporação de suas necessidades e expectativas nos processos avaliativos e a garantia de uso dos achados.

Essas observações nos levam a refletir sobre as dificuldades municipais na conformação de uma rede que assegure e potencialize as iniciativas de M&A

AVALIAÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

neste nível, de forma a estar integrado aos demais níveis. Este é um dilema não só para gestores, mas também para os trabalhadores de saúde, tanto daqueles que atuam diretamente na atenção básica como daqueles que organizam os demais níveis de atenção.

Enfim, na busca da integralidade do cuidado – que no campo da saúde é meio e fim do que realizamos sob a forma de atividades –, ações de saúde permitem aproximar necessidades e significações e favorecer o equilíbrio entre o que é sentido e, poucas vezes, externado como carência do necessário e o inegavelmente requerido para o bom exercício das práticas de saúde, a organização dos serviços e a utilização das tecnologias disponíveis para melhorar e prolongar, com dignidade, a vida de pessoas.

Pactuação de Critérios e Padrões na Avaliação da Atenção Básica: é possível?

A idéia da avaliação como prática social fortalece um pensar sobre como essa prática requer um investimento permanente na construção de uma série de consensos entre as partes envolvidas no processo avaliativo. Trata-se de pactuar, consensuar, não apenas a compatibilização de instrumentos, mas, sobretudo, o desenho da intervenção a ser avaliada; o objeto, objetivos e plano da avaliação, os indicadores, critérios e padrões a serem adotados, pois esta deve ser uma atividade, antes de tudo, negociada entre diferentes atores.

Mas ainda que reconheçamos essa tão necessária pactuação em qualquer processo avaliativo, é possível pactuar? Como garantir essa pactuação?

O interesse pela pactuação exige um exercício na construção de uma prática dialógica, de uma ação comunicativa entre o grupo de profissionais de saúde, avaliadores, das pessoas-alvo da ação e da comunidade em geral (Spink, 2001). Não se deve ignorar que o processo de avaliação, assim como qualquer outro processo social, é um processo político mediado por relações de poder.

Existem autores que vão considerar que um projeto de avaliação incide na existência de um plano de negociação de uma estrutura metodológica. Daí considerarmos a necessária aproximação com abordagens de avaliação mais participativas, conforme apresentado anteriormente, e o uso de estratégias metodológicas que garantam uma ação comprometida com o processo decisório e com a mudança na direção de uma maior efetividade das ações em saúde.

POLÍTICAS DE SAÚDE

As técnicas de consenso têm sido adotadas em diferentes iniciativas de avaliação na pactuação de critérios e/ou indicadores, padrões envolvendo gestores, profissionais e usuários. Essa técnica é apropriada para a organização dos componentes do trabalho avaliativo, ressaltando o papel da avaliação como processo crítico e inovador (negociação, compartilhamento e julgamento).

Na atenção básica, o pacto de indicadores desta constitui-se como uma iniciativa processual estabelecida mediante negociação entre as três esferas de gestão, para o monitoramento das ações de saúde referentes a esse nível de atenção (Felisberto, 2004). Esse representa a base de negociação de metas com vista à melhoria no desempenho das ações da atenção básica e situação de saúde da população, o esforço coletivo de incorporação da avaliação à prática da gestão e de articulação com processos de programação e instrumento da atenção básica com características peculiares de apoio aos municípios e estados.

Esta é uma pactuação desenvolvida e regulamentada por portarias ministeriais, possibilitando que experiências e contribuições inovadoras implementadas para facilitar o planejamento e a avaliação da situação de saúde, como o Sispacto, sistema de informação que dinamizou a realização do pacto e a programação da atenção básica, que permite a organização e avaliação das ações de saúde deste nível de atenção.

O que Medina e Aquino (2002) ressaltam é que, embora o pacto se apresente como um elemento indutor da institucionalização do processo de avaliação na atenção básica no âmbito do SUS, há que se rever o processo de pactuação e buscar fazer a transição do pacto burocrático para o pacto dinamizador. Tendo em vista que o pacto burocrático mantém a estrutura centralizada, hierarquizada e pouco participativa, a intenção seria de inverter a lógica do sistema investindo em um pacto dinamizador norteado pelos princípios do SUS.

Uma das fragilidades desse processo de pactuação corresponde ao fato de o mesmo estar fortemente centrado nos indicadores produzidos a partir do Siab. Essa é uma proposta que pressupõe uma avaliação orientada por indicadores e que tende a se aproximar mais do monitoramento de insumos e produtos que propriamente de uma avaliação de processo, ou de avaliação orientada pela teoria como recomendada pelo modelo teórico da avaliação.

AVALIAÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Partimos do pressuposto que tanto os indicadores preconizados quanto os critérios e padrões adotados devem ser pactuados entre os diferentes níveis de atuação dos sistemas de saúde para que a avaliação seja útil. A utilidade da avaliação é um dos principais requisitos por se referir ao atendimento das necessidades de informação dos usuários intencionais da mesma.

Enfim, como não tínhamos o interesse de esgotar todos os pontos relativos à avaliação na atenção básica, por ser este um objeto que merece ser mais refletido e aprofundado, o propósito foi mais de levantar pontos para a discussão de um tema tão instigante, marcado por tantas controvérsias e de tamanha relevância para o cenário atual das políticas públicas de saúde.

Considerações Finais

O texto teve como objetivo suscitar o debate sobre iniciativas de institucionalização e qualificação do M&A na atenção básica no contexto do SUS. Contudo, abordou os aportes teóricos e metodológicos da avaliação de forma a instrumentalizar profissionais e agentes de saúde, gestores e demais interessados na formação e atividade profissional.

Como esforço é de mudança do paradigma de organização do sistema de saúde com foco na atenção básica, é esperado que o M&A seja incorporado como parte integrante e contínua no processo de implementação das ações, dos serviços e das políticas de saúde no contexto do SUS. Até porque precisamos romper com uma visão de que o monitoramento e/ou a avaliação têm fins punitivo e de controle para apropriarmos-nos mais destes como dispositivos com o poder de proporcionar a melhoria da qualidade, da integralidade, da responsividade das ações em saúde.

É fato que, se por um lado a atenção básica deve abranger todos os aspectos do cuidado de saúde, por outro é preciso avançar no aprimoramento das ações de forma a potencializar o uso adequado dos cuidados de saúde e validar estratégias incluídas na atenção básica, que deve incluir o acolhimento, a continuidade, o vínculo como componentes de atributos relacionais quando se busca uma atenção integral como efeito a ser alcançado.

Portanto, a implementação de mecanismos que assegurem a participação dos usuários potenciais da avaliação, seja para avaliar a qualidade, o acesso, a integralidade, a satisfação do usuário, é de fundamental importância para

POLÍTICAS DE SAÚDE

garantir o uso dos achados da avaliação. Isso não deve ser ignorado por quem tem a responsabilidade de conduzi-lo, cuja postura deve respeitar os princípios legais, éticos e o bem-estar dos envolvidos ou afetados pela avaliação.

A pertinência dessa orientação se traduz na potencialidade da avaliação como importante ferramenta de gestão, capaz de produzir informações norteadoras das ações de saúde, indicando onde ocorreram problemas e como alterar o processo de forma a buscar os efeitos mais apropriados possíveis. Afinal, avaliar pressupõe, em última instância, mudar, aprimorar de acordo com os padrões consensuados e melhorar a qualidade.

Diante das considerações expostas, sugerimos que a avaliação da atenção básica com foco na avaliação de processo pode contribuir para uma abordagem sistemática, capaz de nortear a tomada de decisão e a melhoria das intervenções em saúde. Esta perspectiva, orientada por abordagens participativas e fundada cientificamente, permite a construção de uma prática de saúde mais justa, humanizada e de qualidade.

Referências

- BECKER, D. et al. *Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3): 655-667, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Relatório Final da Oficina Nacional: avaliação da atenção básica e o processo de pactuação dos indicadores*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B – Textos Básicos de Saúde)
- CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Framework for program evaluation in public health. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48: 1-40, 1999.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.) *Avaliação de Saúde: dos modelos*

AVALIAÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

- conceituais à prática na análise de implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.
- DONABEDIAN, A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. v.1
- FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 4(3): 317-321, 2004.
- FETTERMAN, D. M. *Empowerment evaluation and accreditation in higher education*. London, New Delhi: Thousands Oaks, Sage Publications, 1997.
- HARTZ, Z. M. A. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. *Divisão em Saúde para Debate*, 21: 29-35, 2000.
- HARTZ, Z. M. A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7: 419-421, 2002.
- HARTZ, Z. M. A. & VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Orgs.) *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador, Rio de Janeiro: Edufba, Fiocruz, 2005.
- MEDINA, M. G. & AQUINO, R. Avaliando o programa de saúde da família. In: SOUSA, M. F. (Org.) *Os Sinais Vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MEDINA, M. G.; AQUINO, R. & CARVALHO, A. L. B. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, 21: 15-28, 2000.
- PATTON, M. Q. *Utilization Focused Evaluation: the news century text*. 3.ed. Califórnia: Thousand Oaks, Sage Publications; 1997.
- PATTON, M. Q. Evaluation, knowledge management, best practices, and high quality: lessons learned. *American Journal Evaluation*, 22: 329-236, 2001.
- PORTO, C. S. B. M. *Aconselhamento em HIV/Aids no programa saúde da família: a construção compartilhada e implantação de uma Proposta de monitoramento em Manguinhos*, 2006. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.
- SANTOS, E. M. & NATAL, S. *Especialização em Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos, com Ênfase em DST/HIV/Aids*. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. v.3.
- SPINK, P. *Avaliação Democrática: propostas e práticas*. Rio de Janeiro: Abia, 2001. 34 p.
- STUFFLEBEAM, D. L. *Evaluation Models. New Direction for Evaluation*, 89: 69-80, 2001.
- SOUZA, H. M. O PSF como indutor da institucionalização da avaliação na atenção básica. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, 6: 10-15, 2002.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avalia-

POLÍTICAS DE SAÚDE

ção. In: HARTZ, Z. M. A & VIEIRA-DA-SILVA, L. M (Orgs.) *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador, Rio de Janeiro: Edufba, Fiocruz, 2005.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R. & FITZPATRICK, J. L. *Program Evaluation: alternative approaches and practical guidelines*. 2.ed. New York: Longman, 1997.