



3

EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS E DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Otávio Azevedo Mercadante
Coordenador

Alfredo Schechtman • Bianca Antunes Cortes • Ermenegildo Munhoz Junior • Eugênio
Vilaça Mendes • Julio Alberto Wong Un • Marcelo Medeiros • Maria do Socorro A.
Lemos • Miguel Malo Serrano • Ricardo Henrique Sampaio Meirelles • Roberto Passos
Nogueira • Sérgio Piola • Solon Magalhães Vianna • Valeska Carvalho Figueiredo

Antecedentes

O seguro social surgiu no Brasil em 1923 com a promulgação, pelo Presidente Artur Bernardes, da Lei nº 4.682 de 24 de janeiro, de autoria do Deputado Eloy Chaves. Com esta lei ficou instituído o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), que atendeu, em um primeiro momento, aos trabalhadores ferroviários e, posteriormente, aos marítimos e estivadores.

Ao final de 1932, existiam 140 CAPs com quase 19 mil segurados ativos, 10.300 aposentados e aproximadamente 8.800 pensionistas. Entre as prestações oferecidas aos segurados das CAPs, constavam, além das de natureza previdenciária, a assistência médica e o fornecimento de medicamentos. Mas havia grandes diferenças entre os planos de benefícios, porque inexistiam regras comuns de funcionamento técnico e administrativo. Cada órgão estabelecia seu regulamento, que refletia parcialmente os anseios de cada segmento da classe trabalhadora e dependia da capacidade de receita disponível por meio das contribuições.

Em substituição ao sistema extremamente fragmentário das CAPs, foram fundados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), congregando o conjunto dos trabalhadores de um dado ofício ou setor de atividade. O primeiro Instituto, destinado aos funcionários públicos federais, foi criado em 1926, mais tarde denominado Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE). O último a ser criado foi o dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (IAPFESP), em 1953.

Na assistência à saúde, a maior inovação aconteceu em 1949, durante o segundo governo Vargas, quando foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). A importância histórica desse evento decorre de três características inovadoras da iniciativa: o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público, embora comum na prática privada; o financiamento consorciado entre todos os IAPs e, principalmente, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência.

Apesar de o atendimento médico ser uma das prerrogativas dos beneficiários da previdência, desde a promulgação da Lei Elloy Chaves, as legislações dos vários IAPs revelam que os serviços de saúde tinham importância secundária e restrições que variavam de órgão para órgão. Assim, no Instituto dos Marítimos (IAPM), o período de internação era limitado a trinta dias, e a despesa do Instituto com atenção médica não poderia ultrapassar 8% da receita do ano anterior. Já em outros IAPs, como o dos industriários e o dos trabalhadores em transportes e cargas, a atenção médica poderia implicar a cobrança de contribuição suplementar. Dessa forma, as disparidades normativas entre os IAPs contribuíram para que surgissem reivindicações em favor de um sistema de previdência unificado e menos desigual. Mas existiam vozes contrárias que viam, na unificação dos IAPs, a perda de poder por parte dos trabalhadores e o risco de centralização e concentração de poder no Estado.

Esse cenário originou uma solução intermediária. A Lei Orgânica da Previdência Social (Lops – Lei nº 3807 de 26/8/1960), posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 48.959, em setembro do mesmo ano, uniformizou as regras, mas manteve a organização institucional segmentada. De qualquer forma, a promulgação da Lops trouxe um avanço significativo no sentido de viabilizar a futura unificação da previdência social, visto que uniformizava os tipos de benefícios concedidos, a forma de contribuição para o financiamento do sistema e os procedimentos administrativos dos institutos. A vigência da Lops, contudo, não corrigiu todas as distorções originárias da multiplicidade de institutos: após sua promulgação ainda prevalecia uma falta de uniformidade na distribuição dos gastos entre os diversos programas. Por exemplo, enquanto, o instituto dos bancários despendia 33% do seu orçamento em assistência médica, no instituto dos industriários esse percentual era inferior a 8,5%. Entretanto, havia ociosidade nos serviços de saúde oferecidos por certos institutos, sem que os trabalhadores pertencentes a outras categorias pudessem ter acesso a eles.

Em que pese o crescimento gradual do número de categorias profissionais e do elenco de benefícios em quatro décadas, a previdência social, na primeira metade dos anos 60, ainda estava longe da universalização. Em 1960, no final do período desenvolvimentista de Kubitschek, os segurados da previdência somavam pouco mais de 5 milhões (dos quais 4 milhões eram contribuintes ativos e o restante composto por aposentados e pensionistas), ou seja, apenas 7,3% de uma população da ordem de 70 milhões.

Enquanto a assistência médica evoluía de forma segmentada e restrita aos contribuintes urbanos da previdência social, no âmbito da saúde pública surgia a primeira mudança na cultura campanhista de atuação verticalizada do governo federal com a criação, em 1942, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Esse serviço, criado em função do acordo entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos, tinha por objetivo fundamental proporcionar o apoio médico-sanitário às regiões de produção de materiais estratégicos que representavam, na época, uma inestimável contribuição do Brasil ao esforço de guerra das democracias no desenrolar da II Guerra Mundial. Por isto, seu espaço geográfico inicial de atuação limitou-se à Amazônia (produção de borracha), ao estado de Goiás e ao Vale do Rio Doce (minérios). Seu primeiro plano de trabalho foi esboçado na III Conferência do Ministro do Exterior de 21 Repúblicas Americanas, realizada no Rio de Janeiro em 1942.

No decorrer de sua existência, o SESP (transformado, em 1960, em fundação do Ministério da Saúde) destacou-se pela atuação em áreas geográficas distantes e carentes e pela introdução de inovações na assistência médico-sanitária, tais como técnicas de programação e avaliação e métodos de capacitação de pessoal em saúde pública. Foi também pioneiro na atenção básica domiciliar, com o uso de pessoal auxiliar e, sobretudo, na implantação de redes hierarquizadas de atenção integrada à saúde, proporcionando serviços preventivos e curativos, inclusive internação em especialidades básicas em suas Unidades Mistas. A atuação bem-sucedida e o decorrente prestígio como organização, deve-se em grande medida à gestão pro-

fissional viabilizada pela adoção de regime de trabalho em tempo integral e dedicação exclusiva de seus quadros.

Foi no período 1966-1976 que se consolidou a duplicidade de responsabilidades federais no campo da saúde, divididas entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência Social. Isto porque a fusão das instituições de seguro social fortaleceu a previdência social tanto administrativa como, sobretudo, financeira e politicamente, contribuindo para o fracasso das tentativas integracionistas conduzidas na órbita do Ministério da Saúde.

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi criado pelo Decreto Lei nº 72 de 21/11/1966, com o objetivo central de corrigir os inconvenientes da segmentação institucional e, com isto, aumentar a eficiência do sistema. Foram ainda introduzidas algumas modificações na Lops e no extinto o SAMDU. A despeito da justificativa racionalizadora, a rapidez e eficácia da fusão podem ser atribuídas fundamentalmente ao instrumento autoritário (Decreto-Lei) que a gerou, em plena vigência do regime de exceção instaurado em abril de 1964.

Este período registra também o maior avanço em termos de extensão de cobertura, com a incorporação da população rural, ainda que em regime diferenciado, tanto em benefícios quanto na de forma de contribuição. A assistência médico-hospitalar aos trabalhadores rurais foi condicionada, a partir de 1971, à disponibilidade de recursos orçamentários. A mesma lei determinou que a “gratuidade” seria total ou parcial segundo a renda familiar do trabalhador. Toda a legislação previdenciária foi estabelecida com a Consolidação das Leis da Previdência Social (CLPS), de 1976. A assistência médico-hospitalar previdenciária continuou sob a responsabilidade do Ministério do Trabalho e Previdência Social (MPAS).

Objeto de ampla polêmica em 1968 (governo Costa e Silva), o assim denominado Plano Nacional de Saúde (PNS) foi elaborado por iniciativa do então Ministro da Saúde, Leonel Miranda, caracterizando-se como a principal

preocupação para o setor saúde após a instauração do regime de 1964. O PNS se notabilizou por algumas características centrais que, se implementadas, teriam modificado substancialmente o sistema de saúde vigente no país, entre elas, a universalização do acesso e a integração da assistência médica no Ministério da Saúde, o que foi objeto de forte resistência, ainda que não explícita, da área previdenciária. Aspectos particularmente polêmicos do plano incluíam a privatização da rede pública e a adoção do preceito de livre escolha, pelo paciente, do profissional e hospital de sua preferência, sendo a remuneração aos provedores proporcional ao número e complexidade dos procedimentos.

A iniciativa mobilizou entidades representativas das profissões de saúde, organizações sindicais de trabalhadores, governos estaduais, como os de São Paulo e Rio Grande do Sul, entre outros, que manifestaram oposição e perplexidade ao inusitado da proposta. A repercussão negativa na mídia e, certamente, a resistência velada da área previdenciária, – já que a proposta implicava perda de poder da medicina previdenciária em favor do Ministério da Saúde – conduziram o governo a cancelar o Plano.

No vácuo deixado pelo cancelamento do PNS, o novo ministro da Saúde, Mário Machado de Lemos, tentou implementar um conjunto de princípios e diretrizes destinados a orientar a ação e decisão do governo, definindo os postulados básicos a serem observados na institucionalização e implementação do Sistema Nacional de Saúde (SNS). A prestação de serviços gerais de saúde seguiria alguns princípios, que hoje regem o Sistema Único de Saúde (SUS), tais como a universalização da assistência, a regionalização dos serviços e a integração entre serviços preventivos e de assistência individual. Ao forçar, entretanto, o cumprimento do disposto no art. 156 do Decreto Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, ou seja, ao assumir de fato e de direito a competência para implantar e coordenar a Política Nacional de Saúde, o Ministério de Saúde provocou forte antagonismo. A integração no nível federal adviria da criação do Instituto Nacional de Assistência Médica, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde e que absorveria todos os organismos até então na órbita da previdência social (MPAS).

O projeto abortou e os elementos que estavam no seu cerne (universalização, regionalização, hierarquização da rede e comando único) só seriam retomados quinze anos mais tarde, na VIII Conferência Nacional de Saúde e na Assembléia Nacional Constituinte.

Se a busca de um sistema de saúde universal fracassou nas tentativas hegemônicas do Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência (ministro Nascimento e Silva), um ano depois, deu um passo importante com o Plano de Pronto Ação (PPA). Este passo, embora coerente com a estratégia gradualista de extensão de cobertura adotada pela previdência social, rompeu – mais uma vez (a primeira foi com a criação do SAMDU) – a lógica da vinculação do direito de assistência médica à condição de contribuinte da previdência.

O PPA consistia num conjunto de mecanismos normativos cuja finalidade maior, como explicitado então, era proporcionar condições para que fosse progressivamente atingida a universalização da previdência social. Sua principal inovação foi a determinação de que os casos de emergência deveriam ser atendidos por todos os serviços próprios e contratados independentemente do paciente ser ou não um beneficiário (segurado ou dependente) da previdência. Quando o atendido não fosse previdenciário, as despesas com os serviços prestados limitar-se-iam à duração do estado de emergência.

A importância histórica dessa política está no fato de que, pela primeira vez após a extinção do SAMDU, a previdência social admitia o uso de seus recursos no atendimento universal. Isto só foi possível em um contexto criado pelas repetidas denúncias na imprensa sobre omissão de socorro que, em alguns casos, tinha conseqüências trágicas, a que acrescia a existência de uma relativa folga no caixa previdenciário. Na década de 1970, as receitas previdenciárias cresciam em ritmo superior ao da economia como um todo, já que o dinamismo do sistema dependia, sobretudo, dos setores mais modernos da economia, em que as relações formais de trabalho estavam mais presentes. Este aspecto e a importância política de mostrar a face social do regime autoritário também explicam, em alguma medida, outras

políticas de ampliação de direitos sociais da época, tais como a extensão da previdência ao trabalhador rural e a criação do benefício mensal aos idosos não contribuintes.

Como era previsível, dada a vigência da modalidade de remuneração dos serviços contratados por unidade de serviço, adotada pela previdência na sua pactuação com rede privada, a universalização do atendimento de emergência, na década de 1970, gerou inúmeras distorções, entre as quais um excesso de internações hospitalares, principalmente nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, conforme reconheceu o próprio presidente do INSS.

Em 1975, o governo federal (ministro da Saúde: Paulo de Almeida Machado) toma a iniciativa de organizar o setor saúde sob forma sistêmica. Promulgada em 17 de julho de 1975, a Lei nº 6229, dispoindo sobre organização do SNS, definiu dois grandes campos institucionais: 1) o do Ministério da Saúde, de caráter eminentemente normativo, com ação executiva preferencialmente (*sic*) voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária; e 2) o do Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente (*sic*) para o atendimento médico-assistencial individualizado.

O Sistema Nacional de Saúde, então instituído oficialmente pela Lei nº 6229 de 1975, com o objetivo principal de corrigir a multiplicidade institucional descoordenada no setor público, ficou conceituado como: “O complexo de serviços do setor público e do setor privado, voltados para as ações de interesse de saúde, organizado e disciplinado nos termos desta Lei, abrangendo as atividades que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde”.

Caberia ao Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) apreciar a Política Nacional de Saúde formulada pelo Ministério da Saúde, bem como os planos setoriais do MPAS e MEC, no que se refere, respectivamente, à assistência médica e à formação de recursos humanos para saúde, fixando as diretrizes para sua execução.

Os estados, territórios e o Distrito Federal teriam como atribuições o planejamento integrado de saúde, criação e operação de serviços de saúde em apoio às atividades municipais. Enquanto aos municípios caberia a manutenção de serviços de saúde, especialmente os de pronto-socorro (*sic*); vigilância epidemiológica. A função do setor privado foi referida como de “prestação de serviços de saúde as pessoas” sobretudo mediante contratos com a previdência social e sob sua fiscalização.

A despeito de suas limitações, a chamada Lei do SNS pode ser reconhecida como um passo adiante. Não só por se tratar da primeira tentativa concreta para racionalizar o sistema, dentro dos limites permitidos no contexto político então vigente, como por representar o reconhecimento oficial de algumas das imperfeições na organização do sistema há muito apontadas por estudiosos do setor.

Na Assembléia da Organização Mundial de Saúde (OMS) realizada em 1975, Halfdan Mahler, seu diretor geral, afirmou: “para vencer a dramática falta de médicos no mundo inteiro é indispensável aproveitar todo o pessoal disponível, as parteiras curiosas, o pessoal de nível elementar e até mesmo os curandeiros”. O pronunciamento da OMS vinha ao encontro do que, na época, era consensual e corrente entre parte significativa de formadores de opinião nacionais no setor saúde: a única possibilidade de levar a assistência médico-sanitária a todos dos que dela carecem é através da utilização de técnicas simples e de baixo custo, aplicáveis sem dificuldade ou risco, por pessoal de nível elementar recrutado na própria comunidade e remunerado de acordo com os padrões locais.

O Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), aprovado pelo o Decreto nº 76.307 de 24/8/1976, foi criado com linhas de ação ajustadas a esse propósito. O Programa reconhecia que a complexidade nosológica de uma comunidade aumenta na medida em que cresce o seu grau de desenvolvimento. Essa circunstância recomenda que os serviços de saúde sejam organizados de forma hierarquizada, descentra-

lizando – para unidades mais simples localizadas na periferia – as ações de saúde de maior frequência e de fácil aplicação, mas centralizando – em locais estratégicos – os recursos e serviços especializados ou de maior porte.

O objeto central do Programa era dotar as comunidades do Nordeste – cidades, vilas e povoados até 20 mil habitantes – de uma estrutura básica e permanente de saúde pública capaz de contribuir na solução dos problemas médico-sanitários de maior reflexo social. A rede de serviços, fundamentalmente estadual e municipal, se desdobrava em três níveis de atuação: elementar, intermediário e de apoio. Os dois primeiros estavam constituídos por unidades operadas por pessoal de nível elementar. As unidades de apoio, estrategicamente localizadas, estavam formadas por unidades integradas de saúde, dispondo de recursos humanos de nível profissional e, em alguns casos, de facilidades para hospitalização.

Tão importante quanto o financiamento destinado aos diversos projetos que compunham o PIASS, parte dele oriundo do FAS, operado pela Caixa Econômica Federal (CEF), eram a previsão do remanejamento dos recursos e a reorientação doutrinária, determinadas para as atividades desenvolvidas pelo INPS e, sobretudo, pelo Funrural na região. A contribuição da previdência social foi considerada indispensável para viabilizar o custeio do programa depois de sua fase de implantação. A participação do MPAS no custeio da rede, sob o respaldo formal da Lei nº 6229, que lhe atribuía competência, dentro do Sistema Nacional de Saúde, para experimentar “novas modalidades de prestação de serviço de assistência, avaliando sua melhor adequação as necessidades do país”, representava uma revisão tática da previdência social visando a acelerar a universalização de suas prestações.

Inicialmente restrito ao Nordeste, o Programa foi estendido às demais regiões a partir de 1979, marcando, desde seu começo, um ponto importante de inflexão na forma de atuação da previdência. Até então atuando, de forma direta, por intermédio de sua rede própria concentrada nos centros de maior porte e, indiretamente, mediante contratos com a rede

privada, o INPS, com o PIASS, expande sua atuação indireta formalizada pelos convênios com as secretarias de Saúde dos governos subnacionais. Essa forma de parceria com instância subnacional só tinha acontecido antes no Distrito Federal, a partir da criação de Brasília em 1960.

No final dos anos 1970 e no início da década seguinte, repercutiam sobre o setor saúde os primeiros movimentos da transição democrática e a profunda crise econômica do país, com especial repercussão no financiamento do Estado. Com a abertura política – “lenta, gradual e segura” – para usar a expressão cunhada na época (governo Ernesto Geisel) – emergem novos atores e movimentos sociais. Reivindicações por serviços e ações de saúde passam a integrar com mais destaque a pauta de demandas.

A crise econômica teve duplo efeito. Por um lado, agravou a distribuição da renda e a qualidade de vida da população, o que aumentou as necessidades de atenção à saúde; por outro, diminuiu as receitas fiscais e as contribuições sociais, com impacto sobre o volume de recursos destinados à saúde. Nesse cenário, consolidou-se no país o movimento pela Reforma Sanitária, cujas principais bandeiras eram: 1) a melhoria das condições de saúde da população; 2) o reconhecimento da saúde como direito social universal; 3) a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; 4) a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; 5) a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços.

A construção de sólida aliança política em torno dessas teses foram legitimadas, em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). As sete primeiras conferências haviam sido eventos técnicos, com presença seletiva de especialistas, em sua maioria vinculados ao Ministério da Saúde e à problemática sanitária de responsabilidade dessa agência. A VIII CNS não só ampliou a participação de outros segmentos técnicos, sobretudo da previdência social, como incluiu ampla representação de usuários dos serviços de saúde.

A década de 1980, em particular a sua primeira metade, foi bastante fértil para o processo de articulação intra-setorial, configurando o que se pode chamar de 'fase das estratégias racionalizadoras'. Foram iniciativas importantes do período:

- criação, em 1980, da Comissão Interinstitucional de Planejamento (CIPLAN), cuja principal função era fixar os repasses federais dos dois ministérios (Saúde e Previdência Social) para o financiamento de serviços prestados pelas redes estaduais e municipais, além de estabelecer normas de articulação programática entre Ministério da Saúde, Previdência e Educação (hospitais universitários e de ensino);

- instituição, em 1982, do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, mais conhecido como Plano do CONASP, que seguia diretrizes como a prioridade para a atenção primária, a integração das diferentes agências públicas de saúde em um sistema regionalizado e hierarquizado e a diminuição da capacidade ociosa do setor público. O Plano CONASP, elaborado em 1982, propôs – como forma de controlar os gastos com saúde e, simultaneamente, viabilizar a expansão da cobertura – a reversão do modelo centrado na assistência hospitalar, a eliminação da capacidade ociosa do setor público e a melhoria da operação da rede, através do aumento da produtividade, da racionalização e da qualidade dos serviços.

Integrando, mediante convênios, os sistemas públicos estaduais e municipais à prestação de serviços de saúde, o Plano, mesmo sem ter sido implementado integralmente, criou as bases para novas políticas públicas de expansão de cobertura nos anos seguintes, quais sejam:

- implantação, em 1984, das Ações Integradas de Saúde (AIS), que reforçou a atuação da CIPLAN na área federal, e estimulou a criação de Comissões Interinstitucionais de Saúde, no âmbito dos estados, das regionais estaduais de saúde e dos municípios. Como decorrência desse esforço de articulação e coordenação da ação pública na área da saúde, até o final de 1987, 2.500 municípios já eram signatários do convênio das AIS;

- início do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (Suds), em 1987. Esse programa, como as AIS, enfatizava os mecanismos de programação e orçamentação integradas e as decisões colegiadas tomadas no âmbito das Comissões Interinstitucionais. Avançando no sentido da descentralização da gestão do sistema, tinha como foco as secretarias estaduais de saúde, que deveriam assumir as responsabilidades de órgãos reitores dos sistemas estaduais de saúde. Uma antecipação, em certa medida, do modelo posteriormente adotado pelo SUS com a Comissão Interinstitucional Tripartite e as Comissões Bipartites.

Ao lado desse quadro político-institucional, crescia, a partir de 1985, um amplo movimento político setorial que teve, como pontos culminantes, a realização da VIII CNS (1986), os trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), criada pelo Ministério da Saúde, em atendimento a proposta da VIII CNS, e o projeto legislativo de elaboração da Carta Constitucional de 1988.

O reconhecimento da saúde como direito inerente à cidadania, o conseqüente dever do Estado na promoção desse direito, a instituição de um sistema único de saúde, tendo como princípios a universalidade e integralidade da atenção, a descentralização, com comando único em cada esfera de governo, como forma de organização e a participação popular como instrumento de controle social, foram teses defendidas na VIII CNS e na CNRS que se incorporaram ao novo texto constitucional.

O Sistema Único de Saúde

Marco normativo

O conceito de seguridade social – “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (CF, art. 194) –

constitui uma das mais importantes inovações incorporadas à Constituição promulgada em 5 de outubro de 1988. O novo conceito impôs uma transformação radical no sistema de saúde brasileiro. Primeiro, reconhecendo a saúde como direito social; segundo, definindo um novo paradigma para a ação do Estado na área. Esse novo marco referencial está expresso em dois dispositivos constitucionais:

- Art. 196 - o direito à saúde deverá ser garantido “mediante políticas econômicas e sociais 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”, reconhecendo, por conseguinte, a múltipla determinação e a estreita relação da saúde com o modelo de desenvolvimento;

- Art. 198 - as ações e serviços públicos de saúde serão organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único de saúde, de acordo com as seguintes diretrizes: 1) o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; 2) a descentralização com direção única em cada esfera de governo e 3) a participação comunitária.

Ao detalhar os princípios e diretrizes sob os quais o sistema passou a ser organizado e as competências e atribuições das três esferas de governo, a regulamentação (Leis nº 8080, de 19/9/1990, e nº 8142, de 28/12/1990), buscou delinear o modelo de atenção e demarcar as linhas gerais para a redistribuição de funções entre os entes federados. O SUS foi definido como constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público (Lei nº 8080, art. 4º, *caput*). A iniciativa privada pode participar do SUS em caráter complementar (CF, art. 199, § 1º; Lei nº 8080, art. 4º, § 2º), mediante contrato de direito público, mas as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência (CF, art. 199, § 1º, Lei 8080, art. 25).

Os contornos do novo modelo de atenção estão configurados nos princípios constitucionais da universalidade, equidade e integralidade da assistência. Tais elementos de natureza doutrinária apontam a construção de um sistema de saúde que reverta a lógica de provisão de ações e serviços, reorientando a tendência hegemônica da assistência médico-hospitalar, predominante no modelo anterior, e substituindo-a por um modelo de atenção orientado para a vigilância à saúde.

Consolidando o processo de evolução do sistema público de saúde, a Constituição Federal de 1988 consagrou o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde como um direito de cidadania (CF, art. 196). Sua regulamentação (Lei 8080/1990) inclui, entre os princípios do então criado SUS, a “igualdade da assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (art. 7º, inciso IV). A Lei (art. 43) ainda garantiu a gratuidade da atenção de modo a impedir que o acesso fosse dificultado por uma barreira econômica além das já existentes, como a distância dos serviços, o tempo de espera, o horário de funcionamento, a expectativa negativa quanto ao acolhimento, além de fatores educacionais e culturais.

Uma análise geral da Lei nº 8080 é suficiente para detectar as suas principais tendências: realce das competências do Ministério da Saúde, restringindo-lhe a prestação direta dos serviços apenas em caráter supletivo; ênfase na descentralização das ações e serviços para os municípios; e valorização da cooperação técnica entre Ministério da Saúde, estados e municípios, onde estes ainda eram vistos, preponderantemente, como receptores de tecnologia.

O *Ministério da Saúde* é o grande responsável pela estratégia nacional do SUS, seu planejamento, controle, avaliação e auditoria, bem como pela promoção da sua descentralização. Ao Ministério também cabem a definição e a coordenação dos serviços assistenciais de alta complexidade, redes nacionais de laboratórios, de sangue e hemoderivados em nível nacional. Uma terceira missão exclusiva do poder central é a regulação do setor

privado, mediante a elaboração de normas, critérios e valores para remuneração dos serviços, bem como de parâmetros de cobertura assistencial.

A *Secretaria de Estado* está encarregada de planejar, programar e organizar uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, cujo funcionamento deve acompanhar, controlar e avaliar. Portanto, ao Estado também cabe coordenar os serviços assistenciais de alta complexidade, laboratórios de saúde pública e hemocentros sob a sua responsabilidade. No entanto, a Lei Orgânica da Saúde (LOAS) não faz referência a um papel estratégico do Estado, similar ao definido para o nível federal. Igualmente, não está prevista uma atuação reguladora dos serviços privados de saúde.

É evidente que o modelo original do SUS concede protagonismo ao município. À *Secretaria Municipal*, além, naturalmente, da gestão e execução das ações e serviços públicos de saúde, são confiados o seu planejamento, organização, controle e avaliação, inclusive a gestão dos laboratórios públicos de saúde e dos hemocentros. O poder municipal também é exercido na celebração de contratos e convênios, controle, avaliação e fiscalização das atividades de iniciativa privada.

A inclusão da participação da comunidade como umas diretrizes para a organização do sistema público de saúde foi umas mais importantes inovações introduzidas pela Assembléia Nacional Constituinte em 1988 (CF, art. 198, III), propiciando a criação de diversos mecanismos de articulação entre esferas de governo e de participação e controle social sobre as políticas públicas.

Na área da saúde, tais mecanismos são de duas naturezas. Uma se refere aos fóruns exclusivos de representantes das instâncias subnacionais de governo, 'beneficiárias', por assim dizer, da descentralização. Isto é, estados e municípios, para os quais o processo descentralizador, em tese, transfere poder retirado do nível central. Os dois fóruns de participação e articulação, neste caso, são: 1) o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), criado em 1980 e que reúne os secretários de Saúde dos 26

estados e do Distrito Federal, e 2) o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), instituído em 1988 e ao qual estão filiados secretários de cerca de 90% dos municípios.

Esses dois colegiados, criados antes da nova Constituição, tiveram atuação destacada no processo constituinte. Embora, eventualmente, tenham interesses políticos não coincidentes, já que representam diferentes esferas de poder, constituem elementos fundamentais na articulação entre instâncias de governo tanto no âmbito estadual (Comissões Bipartites) como no federal (Comissão Tripartite).

A segunda natureza se refere aos colegiados que funcionam como mecanismos de participação popular para o controle social. Coerente com o processo adotado para sua formulação, a nova Constituição instituiu mecanismos e diretrizes que asseguram a participação social. É o caso da iniciativa popular na proposição de leis (CF, art. 61, § 2º) e, especificamente no campo da saúde, como já referido, a inclusão, entre as diretrizes para a organização do sistema único de saúde (CF, art. 198), da “descentralização” (CF, art. 198, I) e da “participação da comunidade” (CF, art. 198, III).

Os fóruns setoriais para participação popular no desenho e gestão de políticas públicas têm como fundamento tais dispositivos constitucionais. Na área da saúde, esses instrumentos de participação são os Conselhos e as Conferências nacionais, estaduais e municipais de Saúde. Nesses colegiados, a sociedade civil tem presença significativa. Nos Conselhos e Conferências de Saúde, os representantes dos usuários ocupam metade dos postos, a outra metade é formada pela representação dos provedores de serviços (governo, profissionais de saúde e setor médico-hospitalar privado).

A criação desses colegiados na saúde fez progressos a partir da Lei nº 8142/90 que a regulamentou. Em menos de seis anos foram instalados conselhos de saúde na área federal em todos os estados e em 3.031 municípios (55% do total). Atualmente, quase todas as municipalidades contam com esse tipo de órgão colegiado.

A CNS, por sua vez, reunindo milhares de delegados, é precedida de fóruns similares estaduais e municipais. A partir da VIII CNS, realizada em 1986, e que contou com a participação de representantes de vários segmentos sociais, as conferências têm sido convocadas regularmente a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde e oferecer diretrizes para a formulação da política setorial. A XI CNS foi realizada em Brasília em dezembro de 2000.

Logo no início dos anos 1990, as relações internas ao SUS passaram a ser subordinadas por normas técnicas publicadas em Portarias Ministeriais. As Normas Operacionais Básicas, conhecidas como NOBs, e editadas entre os anos de 1991 e 1996, foram o referencial dessa regulação, fixando as bases de funcionamento do Sistema, a saber:

- pagamento por produção de serviços para órgãos de governo, mediante a apresentação de faturas (esse procedimento, até então comum para com prestadores de serviços privados, agora era estendido aos prestadores públicos);
- definição dos critérios para alocação de recursos, condicionando a sua liberação à apresentação de planos, programas e projetos;
- criação de mecanismos de decisão com eminente caráter participativo e descentralizador.

Em princípios de 1998, o paradigma de transferências de recursos foi redefinido. Em substituição ao pagamento de serviços por comprovação de faturas, os repasses seriam determinados com anterioridade e realizados sob a responsabilidade do Fundo Nacional de Saúde (FNS), diretamente para os Fundos Municipais. A grande novidade era o estabelecimento de um valor *per capita* mínimo, base de cálculo do produto orçamentário destinado ao município. Finalmente, com a criação do Piso Assistencial Básico (PAB) e a sua transferência regular e automática, o Ministério da Saúde assegurava ao município um montante fixo mensal para a execução de serviços essenciais, individuais e coletivos.

vos, de promoção e assistência à saúde e bem-estar da sua população – atendimento básico, vacinação, assistência pré-natal, pequenas cirurgias em ambulatórios etc.

A garantia de efetividade do PAB apoiava-se no comprometimento do gestor em adequar o seu programa de governo aos recursos orçados. Estava a se implementar, portanto, uma nova filosofia de gestão em saúde que priorizava a integração entre planejamento e ação; e a definição clara da responsabilidade da autoridade sanitária e corpo técnico-administrativo locais pelo sucesso da política nacional de saúde.

Mas o grande mérito do pioneirismo é justamente a coragem de fazer do ideal uma realidade, mesmo às custas dos erros e acertos de experiências inéditas. A proposta do PAB também encontrou suas limitações que logo se fizeram sentir.

A definição *a priori* de uma unidade de valor nacional, por exemplo, era incapaz de abarcar todas as realidades de um país tão diverso e distante em si, nos seus contextos regionais. A fixação do quantitativo de R\$ 10,00 por habitante resultava em montantes inadequados às necessidades de muitos municípios, que acabavam sendo contemplados com mais ou com menos recursos que os necessários ao desempenho mínimo das suas funções.

Exemplo significativo dos problemas causados por essa distorção foi identificado na execução do Programa de Saúde da Família (PSF), uma ação estratégica fundamental do SUS. A concepção estrutural e dinâmica do PSF previa a construção de uma rede de cobertura populacional crescente. A reserva de um percentual fixo do PAB para as suas atividades, portanto, não só era inadequada como impedia a rápida expansão e sustentabilidade do PSF, especialmente nos municípios pequenos.

Outros programas sequer eram considerados pelo PAB, que restringia seus recursos para a assistência à saúde em detrimento das ações de promoção e preventivas. Estas continuavam a depender da assinatura de convênios para a sua liberação, à mercê de uma burocracia mais propensa a exigências do que à eficiência.

O Ministério da Saúde concluiu que deveria redefinir o PAB, rebatizando-o com o nome de Piso de Atenção Básica. Mais do que a simples troca de palavras, imprimia-se um novo conceito e objetivo ao Piso: a Atenção não só às ações de assistência, mas também às de prevenção e promoção, garantindo a extensão dos benefícios ao conjunto da atenção primária à saúde. Após meses de negociações entre os gestores dos diferentes níveis de governo, decidiu-se pela partilha do PAB em dois componentes distintos: o PAB Fixo, que manteria um valor *per capita* nacional; e o PAB Variável, destinado aos programas prioritários da iniciativa federal.

A idéia de um PAB Variável tinha por objetivo garantir o atendimento de programas estratégicos, ampliando a 'cesta' de serviços. Agora, também receberiam seus recursos os parceiros mais próximos do PSF, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o Programa de Combate às Carências Nutricionais, o Programa de Assistência Farmacêutica Básica, o Programa de Ações Básicas de Vigilância Sanitária, o Programa de Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças. A introdução de cada um desses programas, entretanto, estaria condicionada a regras, formas de financiamento e normas de adesão específicas.

Anteriormente ao advento do PAB, 582 municípios não contavam com qualquer recurso federal para cobrir despesas com a atenção básica à saúde da sua população. Apenas 1.842 – 40,4 milhões de pessoas – recebiam do governo Federal, mediante a apresentação de faturas, valores médios que variavam de R\$ 0,00 a R\$ 5,00 *per capita* anual. Em 1997, um ano após o advento do Piso de Atenção Básica, o volume total dos recursos ultrapassaria R\$ 1,2 bilhão. No final de dezembro de 2001, a reserva para o seu repasse já era de mais de R\$ 1,7 bilhão, um aumento tão expressivo que fez da Atenção Básica à Saúde no Brasil uma prioridade indiscutível.

O PAB trouxe estabilidade ao Sistema, mas o seu impacto não foi imediato, senão progressivo e surpreendente: em 1996, apenas 114 municípios eram diretamente responsáveis pelo gerenciamento dos seus recursos;

em 1998, 1.343 já haviam sido habilitados. Em dezembro de 2001, nada menos que 5.516 – quase a totalidade dos municípios brasileiros, uma população de 172,1 milhões de pessoas – eram beneficiados com R\$ 10,00 por habitante/ano em transferências diretas Fundo a Fundo (ou seja, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais).

A Portaria GM/MS nº 1399, de 15 de dezembro de 1999, regulamentou a NOB/96, no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de epidemiologia e controle de doenças. No ano 2000, o Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde, iniciou a implementação do processo de descentralização nessa área. E assim, a partir de junho de 2001, o volume de recursos transferidos Fundo a Fundo para estados e municípios passa a ser subdividido em quatro itens principais:

- Recursos para a Atenção Básica (PAB Fixo e PAB Variável);
- Recursos para a Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças;
- Recursos para a Assistência de Média Complexidade;
- Recursos para a Assistência de Alta Complexidade.

O período de implementação da NOB/96, compreendido, *grosso modo*, entre 1998 e 2000 (as habilitações de municípios, no ano de 2001, foram residuais), foi marcado por uma série de avanços na descentralização do SUS. O adiantamento de recursos e sua remessa automática, ao exigir objetivos claros e critérios estritos na definição dos itens de despesa, permitiram uma programação mais realista e segura das ações pelo gestor local, reforçando o seu papel planejador. A programação antecipada pelo nível federal também reduziu os prejuízos decorrentes de possíveis contingências orçamentárias.

A implementação do PAB constituiu um verdadeiro divisor de águas no processo de descentralização do Sistema. Da mesma forma, foram estrategicamente fundamentais a expansão das Equipes de Saúde da Família e a ação mobilizadora dos Agentes Comunitários de Saúde, além, natural-

mente, de experiências isoladas, no âmbito local e regional, seja na área de atenção básica, seja na organização de redes de referência em vários municípios e estados.

No plano da gestão, milhares de municípios integraram-se voluntariamente às NOBs e às suas condições, mediante ampla negociação das transferências de responsabilidades, atribuições e recursos.

As NOBs, portanto, foram o principal instrumento legal para a descentralização das ações de saúde, particularmente as de atenção básica. O mesmo, entretanto, não se podia dizer dos serviços de maior complexidade. Faltava, ainda, uma abordagem regionalizada e mais adequada à estrutura administrativa do país e suas particularidades.

Como exemplo, eis uma constatação bastante comum a essa realidade. É comum, entre os municípios habilitados em Gestão Plena e capacitados a oferecer serviços de maior complexidade, tentar impedir o acesso a esse atendimento pelos moradores de cidades vizinhas, sob a argumentação de que os recursos que recebem já estão comprometidos com a assistência aos seus habitantes. Sem outra saída, os municípios menores, ressentidos com as dificuldades dessa falta de autonomia no atendimento à sua população, são obrigados a expandir tais serviços sem uma escala de demanda que justifique o seu investimento, gerando 'deseconomia' na aplicação dos já limitados recursos.

Diante disso, era necessário pensar uma política de incentivos que concebesse o município, sua experiência e tradição na oferta de serviços de assistência à saúde de complexidade e alcance regional. Uma política que superasse o viés da atomização na municipalização dos recursos, ampliando a cobertura das ações e serviços mais além dos limites do município, com economia de despesas e ganho de qualidade para a saúde. Foi quando, em janeiro de 2001, o Ministério da Saúde, apoiado pela Comissão Intergestores Tripartite, tomou a decisão de instituir as Normas de Assistência à Saúde (Noas) em substituição às NOBs.

Ao longo de todo o ano 2000, o Ministério da Saúde coordenou um intenso processo de debate e negociação com as representações nacionais dos secretários de estado (CONASS) e municipais (CONASEMS) de saúde, no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com o propósito de aperfeiçoar e consolidar a descentralização do SUS.

A publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001, em janeiro de 2001, foi resultado desse longo processo de negociação e teve como objetivo central “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”. Para alcançá-lo, instituiu a regionalização como macroestratégia fundamental naquele momento, a partir da articulação de três linhas de ação.

Um dos pontos mais importantes da NOAS diz respeito ao processo de elaboração do Plano Diretor de Regionalização. Coordenado pelo gestor estadual e com a participação do conjunto de municípios, esse Plano deve contemplar:

1) a divisão do território estadual em regiões/microrregiões de saúde, definidas segundo critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e de acessibilidade;

2) diagnóstico dos principais problemas de saúde e das prioridades de intervenção;

3) a constituição de módulos assistenciais resolutivos, formados por um ou mais municípios, assegurando o primeiro nível da média complexidade e o apoio necessário às ações de atenção básica;

4) os fluxos de referência para todos os níveis de complexidade e os mecanismos de relacionamento intermunicipal;

5) a organização de redes assistenciais específicas;

6) Plano Diretor de Investimentos, que procura suprir as lacunas assistenciais identificadas de acordo com as prioridades de intervenção.

A Noas prevê a organização de uma assistência qualificada e de melhor resolutividade na atenção básica, a partir da identificação de áreas estratégicas essenciais, relacionadas a problemas de saúde de abrangência nacional – saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle da hipertensão e diabetes, controle da tuberculose e eliminação da hanseníase. Complementarmente, os gestores estaduais e municipais podem definir outras áreas de ação, de acordo com as especificidades locais.

Além de assegurar a atenção básica em todos os municípios brasileiros, a Noas propõe a formação de módulos assistenciais resolutivos, formados por um ou mais municípios, que garantam, no âmbito microrregional, o acesso ágil e oportuno de todos os cidadãos a um conjunto de procedimentos de saúde necessários para o atendimento de problemas mais comuns, nem sempre oferecidos em municípios menos populosos. A qualificação de regiões/microrregiões na assistência à saúde justifica-se pela tentativa de garantir o acesso a ações resolutivas mais além dos limites municipais, com ganho de qualidade e economia.

Também foram estabelecidas as diretrizes gerais de organização das demais ações de média e alta complexidade, por meio do mapeamento das redes de referência em áreas estratégias específicas como gestação de alto risco, urgência e emergência, hemoterapia, entre outras. Esse tipo de regionalização requer uma articulação dos gestores municipais sob coordenação e regulação estadual, para a negociação e pactuação de referências intermunicipais e sua Programação Pactuada e Integrada (PPI). Além disso, é necessário o fortalecimento da capacidade gestora de estados e municípios sob uma nova perspectiva reguladora, de controle e avaliação do Sistema.

Do ponto de vista do financiamento, as Noas significaram um novo incentivo do nível federal. O PAB Fixo foi ampliado para a cobertura de procedimentos do primeiro nível da média complexidade ambulatorial, com base em um valor *per capita* nacional. Essa inovação é muito importante, pois assinala uma tendência de superação da lógica anterior de financiamento, fortemente orienta-

da pela oferta preexistente de serviços. O mecanismo de pré-pagamento implica um perfil mais efetivo do gestor no planejamento dos serviços, de acordo com as necessidades e prioridades de saúde da população.

Logo em seguida à publicação da NOAS, em janeiro de 2001, o Ministério da Saúde passou a acompanhar e oferecer apoio sistemático aos processos de regionalização, desenvolvendo estratégias e instrumentos de gestão e organização da assistência à saúde em cada um dos estados. Foi observado grande dinamismo na articulação entre gestores estaduais e municipais para a elaboração dos seus planos diretores de regionalização, investimentos e Programação Pactuada e Integrada. Tanto é assim que todos os estados já esboçaram seus Planos Diretores e, na sua maior parte, já vêm adotando medidas significativas para a organização da rede de serviços visando à sua melhoria e amplo acesso à população.

A evolução do processo de implantação do SUS, vista sob a ótica de alguns indicadores de descentralização, possibilita conclusões contraditórias. Uma é otimista; a outra, nem tanto. Segundo a primeira, dez anos depois (1999) do início efetivo (1990) do processo de implementação do SUS, 96,4% dos municípios, correspondendo a 92% da população brasileira, estavam habilitados a uma das duas formas de gestão vigentes na época – Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM).

Para os mais exigentes, estes valores ainda não seriam satisfatórios. Em primeiro lugar, porque o processo de adesão à forma mais avançada de gestão (GPSM) alcançava apenas 491 municípios (8,9%) em um total de 5.506, embora correspondendo a quase 40% da população brasileira. A variação inter-regional desses valores é significativa e parece não ter correlação com o grau de desenvolvimento da região. O percentual de municípios habilitados na GPSM varia de 3,6% na região Sul a 15,8% no Sudeste.

Em segundo lugar, porque o fato de o município estar enquadrado na Gestão Plena Atenção Municipal, quando se torna o gestor local do SUS, não significa, necessariamente, que tenha assumido todas as prerrogativas e obriga-

ções inerentes a essa responsabilidade. Estudo do Ministério da Saúde em 16 municípios sob GPSM, em sua maioria capitais, mostrou que o percentual de municipalização da rede ambulatorial pública era de 65,5%. Para um sistema descentralizado, ainda é alto o gasto direto do Ministério da Saúde com serviços de natureza local ou estadual. A despesa do Ministério com a própria rede hospitalar (R\$1.222 milhão) e com pagamento direto a provedores privados R\$ 5.003 milhões correspondeu, em 1999, a cerca de 30% do gasto bruto do Ministério. As transferências de recursos chamadas Fundo a Fundo (R\$ 5.901 milhões), no mesmo ano, tiveram seu uso definido de origem, deixando pouco ou nenhum espaço para prioridades locais até porque, via de regra, essas transferências não cobrem o custo total das ações para as quais se destinam.

O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial

O Programa de Saúde da Família (PSF) tem sido a principal estratégia governamental para reorientação do modelo assistencial, atingindo a 50 milhões de pessoas, em sua quase totalidade pertencentes às camadas mais carentes. Reconhecida como sendo a política pública de maior potencial para alcançar – com custos suportáveis – a universalização do acesso à atenção integral, o PSF tem seus próprios desafios, afora a (inevitável, por definição) limitação dos recursos financeiros, entre os quais:

- 1) a concentração da oferta de humanos para a saúde nos centros urbanos e, nestes, nos de maior nível de renda;
- 2) a integração das equipes de Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde e a implantação de mecanismos efetivos de articulação (referência contra referência de pacientes) entre estas unidades e os níveis secundário e terciário de atenção;
- 3) a inadequação do ensino médico às necessidades predominantes na população.

Quanto a este último ponto, convém observar que o insumo crítico para o PSF é o médico generalista, ou seja, aquele profissional capaz de prevenir, identificar e tratar precocemente as doenças de maior prevalência, as quais – se deixadas ao seu livre curso – desaguariam, em sua maioria, no hospital especializado ou nos serviços de emergências. Este programa vem se constituindo em nicho de mercado, no setor público, em que se registra o maior crescimento da demanda por essa categoria de recursos humanos. Sem isto dificilmente será possível modificar o modelo assistencial. E sem mudar o modelo será difícil, para dizer o mínimo, conciliar universalização com atendimento integral.

A mudança do modelo está diretamente relacionada também ao problema da desumanização do atendimento prestado, nas diferentes modalidades assistenciais, em instituições públicas ou privadas, ainda que com características e intensidades distintas. A questão tem múltiplas raízes, entre as quais a própria ineficiência do modelo de atenção vigente, a formação do profissional, as condições de trabalho e a qualidade da gestão dos serviços. A empatia que se estabelece entre usuários e equipe do PSE, dada a frequência e a natureza dos contatos, favorece amplamente a relação médico-paciente. De qualquer forma, este é um aspecto do atendimento, que, por ser muito valorizado pelos usuários (com justas razões), deve ser considerado na estratégia de mudança. É particularmente significativo que a questão tenha sido o tema principal da XI CNS, em dezembro de 2000.

Desde os anos 1980, a atenção básica à saúde já era uma prioridade nas intenções e nos discursos preocupados com as questões sociais. Faltava a decisão política dos governantes no sentido da sua concretização em objetivos, programas e metas de ação. Enquanto isso, o Sistema, em crise, cedia espaço ao avanço da chamada medicina suplementar, representada pelos planos e seguros privados de saúde.

As atividades preventivas tinham de competir com as curativas – dos primeiros socorros à assistência de alta complexidade – por escassos recur-

sos. Nesse contexto adverso, iniciativas inspiradas nos modelos da medicina preventiva tinham pouco espaço para se desenvolver, restritas a ações pontuais e esparsas dos outros níveis de gestão. A importância estratégica do PSF reside na sua vocação para substituir o antigo modelo, predominantemente assistencial, por um conjunto de ações preventivas, terapêuticas e de promoção de uma vida mais saudável e menos dependente do hospital como foco central dos serviços públicos de saúde.

Na sua primeira fase, a principal preocupação do Programa era com a ampliação da sua cobertura às comunidades desprovidas de assistência. Posteriormente, o PSF se afirmou como cerne de uma mudança radical no modelo vigente de atenção básica. Desde então, tem sido considerada fundamental a sua implantação nas médias e grandes cidades, bem como nas regiões metropolitanas.

Criado em 1994, o PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS na estrutura da Unidade de Saúde da Família, vinculada à rede de serviços de forma a garantir a atenção integral aos indivíduos e famílias, bem como a assegurar a sua transferência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que a saúde da pessoa assim exigir. Cada Unidade de Saúde da Família trabalha em um território de abrangência definido, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a essa área.

A Equipe de Saúde da Família (ESF) é composta, minimamente, de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais – a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos – podem ser incorporados ou constituir uma equipe complementar, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. Recomenda-se o limite de atendimento a 4.500 pessoas por equipe. A depender da concentração de famílias no território sob a responsabilidade, a Unidade de Saúde da Família atua com uma ou mais equipes de profissionais.

O médico atende a todos os integrantes de cada família, independentemente de sexo e idade; com os demais integrantes da equipe, desenvolve ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população. O enfermeiro supervisiona o trabalho do ACS e do auxiliar de enfermagem, realiza consultas na unidade de saúde, bem como assiste às pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem no domicílio. O auxiliar de enfermagem realiza procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde e no domicílio e executa ações de orientação sanitária. Por sua vez, o ACS constitui o elo entre os moradores e os serviços de saúde. Se alguém adoece e necessita de atendimento especializado, é encaminhado à unidade de saúde onde será tratado, sempre acompanhado pelo ACS, até a sua completa reabilitação. O ACS também é responsável pela orientação do indivíduo e da comunidade na promoção e proteção da sua saúde, ajudando na identificação dos riscos e na mobilização da coletividade pela conquista de ambientes e condições de vida mais saudáveis. Ele ainda tem por dever notificar aos serviços de saúde a ocorrência de doenças que exigem vigilância.

Tabela 1 – Evolução da implantação do PSF/PACS. Brasil – 1998 a 2002

Março de 1998	Mai de 2002	Varição	Percentual
Equipes de Saúde da Família	1.843	15.201	+ 725%
Municípios com PSF implantado	649	3.984	+ 514%
Agentes Comunitários de Saúde	58.460	163.923	+ 180%

Fonte: SAS/MS, 2002.

A saúde mental: um exemplo de mudança do modelo assistencial

No Brasil, tal como na imensa maioria dos países ocidentais, por mais de século e meio, a atenção aos portadores de transtornos mentais esteve centrada na referência a hospitais psiquiátricos especializados, resultando num modelo excludente e centralizador, em que eram freqüentes a estigmatização, a cronificação e o isolamento desta população. Esta oferta

hospitalar concentrava-se, evidentemente, nos centros de maior desenvolvimento econômico do país, deixando vastas regiões carentes de qualquer recurso assistencial.

Em 1990, realizou-se a Conferência de Caracas, sob a égide da Organização Pan-Americana (OPAS), da qual resultou a Declaração de Caracas. Este documento, do qual o Brasil é signatário, aponta para a substituição do modelo então vigente por outro de base comunitária. A partir das críticas que se vinham acumulando e, notadamente, após a realização desta Conferência, o sistema de saúde brasileiro, em sintonia com as transformações em curso internacionalmente, deu início ao processo de reestruturação de sua assistência psiquiátrica, sob a coordenação do Ministério da Saúde, e com substancial apoio da OPAS, apresentando extraordinário desenvolvimento nesta última década.

Nesse período, criaram-se normas objetivas de qualificação dos serviços de internação psiquiátrica, bem como um dispositivo eficaz de fiscalização dos mesmos, o que permitiu que fosse retirado do sistema, sem acarretar redução da assistência, um grande número de leitos inadequados às exigências mínimas de qualidade assistencial e de respeito aos direitos humanos e de cidadania dos portadores de transtornos mentais.

Concomitantemente, e seguindo-se a lógica de descentralização do SUS, foi sendo estimulada a constituição de redes de atenção psicossocial de base comunitária, substitutivas ao modelo centrado na internação hospitalar, resultando na implantação gradativa de uma rede diversificada de serviços de atenção diária, que já ultrapassam a casa das três centenas em 2002.

Tabela 2 – A via de mão dupla da Reforma: declínio dos leitos psiquiátricos e ampliação dos serviços de atenção diária (CAPS). Brasil – 1996 a 2002

Leitos/ CAPS	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002 (março)
Leitos HP	72.514	71.041	70.323	66.393	60.868	56.258	56.258
CAPS	154	176	231	237	253	295	312

Fonte: DATASUS/SAS/MS, 2002.

Em abril de 2001, por ocasião da celebração do Dia Mundial da Saúde, após mais de dez anos de intensos debates, no Congresso e na sociedade civil, foi sancionada pelo presidente da República uma nova e moderna lei de saúde mental (Lei nº 10.216, de 6/4/2001). Este documento que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, reafirmando o processo de reestruturação da assistência em saúde mental, impondo, ademais, novos desafios à sociedade como um todo e, em particular, aos gestores públicos de saúde, no rumo da construção de um modelo assistencial que se coadune com este novo dispositivo legal.

Em dezembro de 2001, realizou-se a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que, tal como as anteriores, resultou em um foro privilegiado para a discussão dos rumos da política nacional de saúde mental, debatendo-se o financiamento das ações de saúde mental, a fiscalização do parque hospitalar psiquiátrico, o ritmo de implantação dos novos serviços extra-hospitalares, a criação de novas estruturas de apoio à desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de internação, a formação de recursos humanos para as novas estruturas de atenção em saúde mental, entre outras relevantes questões para a área. Da discussão, resultaram deliberações que têm confluído para a construção de marcos balizadores de uma nova época na saúde mental em nosso país, consoante os fundamentos de justiça e inclusão sociais propugnados pelo SUS.

Nesse período, é fundamental ainda ressaltar o papel crescente de protagonismo ativo que têm desempenhado as associações de usuários de serviços de saúde mental e seus familiares na configuração desta nova rede de assistência e na discussão de seus avatares.

Recursos do sistema

Capacidade instalada

O sistema de saúde no Brasil, em sua estrutura e funcionamento institucional, apresenta, de um lado, forte participação do setor privado na assistência hospitalar e, de outro, forte participação do setor público na assistência ambulatorial. As entidades privadas de assistência à saúde também participam de forma complementar ao SUS, dando-se preferência, de acordo com diretriz constitucional, às organizações não lucrativas. Uma investigação realizada, em 1998, pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública (IBOPE), mostrou que 40% da população utilizava exclusivamente o SUS para seus cuidados de saúde, 44% utilizava o SUS e outros sistemas e 16% não era usuária do SUS.

O setor privado abrange empresas de finalidade lucrativa e instituições comunitárias e filantrópicas: pertenciam a este setor, em 1999, 66,5% dos 7.806 hospitais, 70,4% dos 484.945 leitos e 87% dos 723 hospitais especializados existentes no país. Do mesmo modo, para as funções de apoio a diagnóstico e terapia, 95% dos 7.318 estabelecimentos eram de natureza privada. Em contraposição, no que se refere a estabelecimentos voltados para a atenção ambulatorial, 73% dos 41 mil estabelecimentos existentes eram de natureza pública.

A participação privada na oferta de leitos era ainda mais elevada no início da década de 1990, quando alcançava 75,2% do total de leitos. Ocorreu desde então uma retração de 10,9% no número de leitos do setor privado e um crescimento simultâneo de 6,2% do número de leitos do setor público. Na área do atendimento sem internação, também houve, entre 1992 e 1999, uma retração por parte do setor privado, acarretando uma redução de nada menos que 36,2% do número de estabelecimentos em atividade. Ainda não foram esclarecidas as causas da diminuição global da participação do setor privado na oferta de serviços de saúde no país, mas, como

hipótese, podem ser atribuídas a uma redução do poder aquisitivo das camadas de renda média, afetadas pelas sucessivas crises econômicas dos anos 1990, o que pode ter ocorrido simultaneamente com a busca de uma maior eficiência nos processos de gestão adotados por esse setor.

Em 1999, havia, no conjunto dos dois setores, público e privado, 2,9 leitos hospitalares por cada mil habitantes. Essa média nacional, variava entre um máximo de 3,3, na região Centro-Oeste, muito influenciada pela rede hospitalar da capital, Brasília, e um mínimo de 2,1, na região Norte, de menor densidade demográfica.

No que concerne à oferta de serviços de banco de sangue, os dados disponíveis apontam para uma participação da iniciativa privada em torno de 70% nos estabelecimentos especializados e, em proporção similar, nos estabelecimentos hospitalares que dispõem de banco de sangue. No entanto, o setor público está dotado de uma bem aparelhada rede de hemocentros, localizada principalmente nas capitais dos estados, que têm a missão de controlar a qualidade dos hemoderivados distribuídos por todo o país.

O SUS reúne um amplo conjunto de instituições gestoras e prestadoras de serviços do setor público de saúde, mantido pelas três esferas de governo, e que é ampliado com a participação do setor privado sob uma relação contratual. Em 1999, 40% dos 8.769 estabelecimentos privados com internação e 14% dos 12.891 estabelecimentos privados sem internação mantinham contrato com o setor público. O acesso universal por parte da população à atenção integral de saúde – um direito assegurado na Constituição Federal – depende dessa articulação entre prestadores públicos e privados em cada local.

O setor público dispunha, em 1999, de 143.518 leitos, a que se somava uma proporção de leitos no setor privado sob condições de contrato. Deve ser observado que os hospitais privados de maior porte ou mais complexos costumam reservar uma parte reduzida de sua capacidade insta-

lada para o atendimento SUS. Com efeito, pode-se estimar que apenas 23% das internações no setor privado, em 1999, referiam-se a pacientes vinculados ao SUS.

Como foi observado, o setor público *stricto sensu* vem promovendo gradualmente a expansão do número de seus leitos hospitalares, o que se faz simultaneamente com uma descentralização da estrutura assistencial para o nível municipal de governo. O percentual de leitos em estabelecimentos municipais, em relação ao total de leitos públicos, passou de 26,5%, em 1992, para 43,4%, em 1999. Ademais, metade das internações nos hospitais públicos em 1999 foi efetuada por estabelecimentos municipais.

A rede ambulatorial do SUS compreendia, em dezembro de 1999, 55.735 estabelecimentos de saúde de diversos tipos. Com 109.708 consultórios e 43.333 consultórios odontológicos; essa oferta corresponde a uma taxa nacional média de 6,7 consultórios médicos e 2,6 consultórios odontológicos para cada 10 mil habitantes.

Recursos humanos

Em 1999, estavam registrados no Brasil, em seus respectivos conselhos profissionais, 273.713 médicos, 98.554 dentistas, 76.613 enfermeiros e 26.427 nutricionistas. A média nacional era de 1,4 médico para cada mil habitantes, havendo fortes contrastes na distribuição entre as cinco regiões do país. As regiões Norte e Nordeste apresentavam taxas reduzidas, de 0,6 e 0,8 médicos por mil habitantes, respectivamente, enquanto a região Sudeste alcançava o índice mais elevado, com dois médicos para cada mil habitantes.

A disponibilidade de recursos humanos pode ser também avaliada através do número de postos de trabalho de cada categoria profissional existentes nos estabelecimentos de saúde, devendo ser notado que esse número geralmente excede o de profissionais registrados, já que um mesmo indivíduo pode ocupar dois ou mais postos de trabalho. Em 1999, os médicos

detinham 428.808 postos de trabalho, o que representava 65,8% de todas as categorias de nível superior. Em segundo lugar, estavam os enfermeiros, com 70.175 postos, importando em 10,7% do total. Os odontólogos apareciam em terceiro lugar, com 52.551 postos de trabalhos, equivalentes a 8% do total de nível superior. Os farmacêuticos/bioquímicos absorviam 21.119 postos e os fisioterapeutas, 18.720. A forte desproporção entre a disponibilidade de médicos em relação a enfermeiros resulta do fato de que a maior parte do trabalho em enfermagem que é realizado nos estabelecimentos de saúde não está a cargo dos enfermeiros, profissionais com formação universitária, mas, sim, de certas categorias auxiliares de menor escolaridade formal.

Entre 1992 e 1999, o crescimento da oferta de postos de trabalho para enfermeiros foi expressivamente maior do que a oferta de postos para médicos (69,1% contra 39,6%, respectivamente). Por sua vez, os postos de trabalho de odontólogos cresceram 26,6%, de nutricionistas, 68,2%, e de farmacêuticos/bioquímicos, 18,8 %. No entanto, foram os postos de trabalho associados às funções de reabilitação que tiveram o crescimento mais destacado – cerca de 150%, tanto para os fonoaudiólogos quanto para os fisioterapeutas.

A avaliação da oferta dos principais especialistas em medicina, em 1999, indica que as quatro especialidades básicas (cirurgia, clínica geral, pediatria e gineco-obstetrícia) somavam 262.227 postos de trabalho, abrangendo nada menos que 61% do total de 429.808 médicos. Foram registrados 23.360 postos de trabalho de anestesistas, 13.678 de radiologistas e 8.716 de psiquiatras. O número de postos de residentes de medicina alcançou nesse ano, 17.204 (4% do total). A especialidade incipiente de saúde da família foi registrada pela primeira vez e envolvia declaradamente 3.192 profissionais de medicina. As 'outras especialidades médicas', categoria em que se inserem as especialidades (e subespecialidades) de alta tecnologia, representavam 23,6% do total de postos de trabalho de médicos.

Numa análise de oportunidades no mercado de trabalho, verifica-se que, dos 429.808 postos de trabalho de médicos, a maior parte

(55,2%) está localizada em estabelecimentos privados e o restante no setor público federal, estadual ou municipal. A participação do setor público no emprego em saúde é maior nas regiões menos desenvolvidas: 53,8% e 61,9%, nas regiões Norte e Nordeste, respectivamente, e apenas 38,4% na região Sul.

Em seu conjunto, a proporção de postos de trabalho de médicos no setor público alcançou um pico em 1987, quando representou 53,5% do total; diminuiu para 48,1%, em 1992, e para 44,8%, em 1999. Tal tendência de decréscimo do emprego público em saúde deixa claro que o setor público de saúde na década de 1990 diminuiu sua capacidade de criação de novos postos de trabalho em relação às duas décadas anteriores, o que pode ser atribuído aos conhecidos problemas de ajuste fiscal do Estado.

No entanto, o crescimento relativo do mercado de trabalho, definido pelo número de profissionais formados pelos cursos de medicina em comparação com o número de novos postos de trabalho de médicos, não parece crítico. No período 1992-1999, houve uma média anual de 7.500 médicos formados, resultando num contingente aproximado de 52.500 profissionais. Nesse mesmo período, os postos de trabalho de médicos aumentaram em 121.856. Resulta daí uma relação de 2,3 postos de trabalho criados para cada médico formado. Embora esses postos sejam ocupados também por profissionais que já se encontram no mercado de trabalho, essa relação parece indicar, de qualquer modo, que não houve nos anos 1990 um grave problema de desocupação médica no Brasil.

A proporção de postos de trabalho criada na esfera municipal, em comparação com as esferas estadual e federal, pode ser um indicador da política de descentralização do sistema de saúde. Dos postos de trabalho médico pertencentes a estabelecimentos do setor público em 1999, 65,2% encontravam-se concentrados na esfera municipal. Na região Sul, tal proporção elevava-se a 71,4%. No Norte e Centro-Oeste, predominava ainda um

padrão relativamente centralista na distribuição desse recurso humano, visto que as esferas federal e estadual, quando somadas, absorviam mais da metade do total de postos disponíveis no sistema público.

A formação de pessoal de nível superior é feita no Brasil por cursos mantidos tanto por instituições públicas quanto privadas, sendo crescente o número de cursos pertencentes a instituições privadas de finalidade lucrativa e comunitária/filantrópica. Em 1999, havia 97 cursos de medicina, 153 cursos de enfermagem e obstetrícia e 130 cursos de odontologia. Nos cursos de medicina, a participação pública era mais elevada que a participação privada (53,6 %), ao passo que em enfermagem era praticamente dividida de forma igual. Na área de odontologia alcançava 37,7%.

Em 1998, formaram-se 7.616 profissionais em medicina, 5.447 de enfermagem e obstetrícia e 7.710 de odontologia. O número mais expressivo de profissionais formados procede da área de psicologia, que tem interface com ciências humanas e ciências da saúde: 11.253 egressos em 1998. Dos 169 cursos existentes nesta área de conhecimento, em 1999, 75,7% tinham natureza privada. Em farmácia, no ano de 1998, foram formados 5.422 profissionais e, em nutrição, 2.066 profissionais. Cabe destacar a oferta cada vez maior de profissionais nas áreas de 'reabilitação': em fisioterapia graduaram-se 4.202 alunos, nesse ano, e, em fonoaudiologia, 1.797.

A qualidade da produção de pessoal de nível superior vem sendo aferida desde 1996, quando o Ministério da Educação passou a aplicar, aos alunos egressos dos cursos, um exame de avaliação de conhecimentos que, associado a outros elementos de informação, visa a analisar tanto a qualidade quanto a eficiência do ensino em cada área de conhecimento. Estão obrigados a prestar esse exame todos os concluintes do curso como condição necessária para o registro do seu diploma. Contudo, o registro não está condicionado ao resultado do exame, o qual funciona, portanto, como um parâmetro de avaliação do curso do qual provém o aluno. De acordo com esses resultados, os cursos obtêm conceitos que variam de A

(mais alto) a E, que resultam de cinco faixas de percentis. No ano 2000, de 81 cursos de medicina avaliados, 11 obtiveram conceito A, 16 obtiveram o conceito C e 33 obtiveram o conceito D. De um modo geral, os cursos de instituições públicas tiveram um desempenho notavelmente superior aos cursos de natureza privada.

Embora o tema da recertificação tenha sido amplamente debatido nos últimos anos, ainda não se tomou qualquer iniciativa oficial com o objetivo de reavaliar periodicamente o desempenho dos profissionais com tal finalidade. Portanto, o registro anual obrigatório nos órgãos de controle do exercício de profissionais da saúde continua a ocorrer sem qualquer exigência de avaliação de desempenho, ao contrário do que ocorre, por exemplo, com os candidatos ao exercício da advocacia que devem se submeter previamente ao exame da OAB. De um modo geral, esses órgãos corporativos vêm manifestando uma preocupação em assegurar o acesso a meios de educação permanente para seus filiados, utilizando, na maioria dos casos, cursos a distância.

Os trabalhadores de nível técnico e auxiliar em funções específicas de saúde são responsáveis, estimadamente, por 1,4 milhão de postos de trabalhos. Em 1999, o Ministério da Educação registrou a existência de 703 cursos de formação de técnicos e auxiliares de saúde, em que se formaram 28.862 alunos. Calcula-se que cerca de 225 mil dos trabalhadores exercem funções de saúde para as quais não estão devidamente preparados e certificados. A maioria dos trabalhadores sem credenciais está constituída por auxiliares que atuam na atenção de enfermagem em hospitais públicos e privados. O Ministério da Saúde está desenvolvendo atualmente um amplo projeto de financiamento e cooperação técnica – o PROFAB – que visa a reduzir esse déficit nacional de pessoal auxiliar qualificado em enfermagem, e, assim, diminuir o risco de práticas inadequadas e contribuir para a regularização e empregabilidade do pessoal auxiliar de enfermagem. O custo do projeto alcança a considerável cifra de US\$ 370 milhões, dos quais 50% financiados pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).

Um dos maiores desafios enfrentados pela política nacional de recursos humanos de saúde encontra-se em desenvolver capacidade institucional para prover educação permanente de pessoal em saúde da família. Para dar mais consistência técnica a esse treinamento e para buscar alternativas de capacitação através de cursos de especialização e de residências, vêm sendo constituídos, os chamados Pólos de Formação em Saúde da Família, junto a mais de vinte instituições de ensino de medicina e de enfermagem. Espera-se que essa articulação entre setor formador e o setor público empregador possa contribuir, a médio e longo prazos, para as mudanças e ajustes curriculares indispensáveis no âmbito da graduação desses dois profissionais.

Financiamento

Historicamente, o financiamento público da saúde no Brasil tem sido fortemente dependente de recursos federais. Em 1980, por exemplo, o financiamento federal correspondia a 75% do gasto público total. Em anos recentes, sobretudo em consequência do aumento dos recursos municipais, essa participação está em torno de 60%. No ano 2000, o gasto público total foi estimado em R\$ 34 bilhões, o equivalente a 3,4% do PIB.

Até os primeiros anos da década de 1990, o financiamento federal contou com importante participação de recursos da previdência social, basicamente da contribuição de empregados e empregadores sobre a folha de salário. Na década anterior, essa contribuição respondeu, em média, por 80% do gasto federal com saúde. Na Constituição de 1988, com a criação do Orçamento da Seguridade Social, foram instituídas contribuições sobre o faturamento das empresas (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS) e sobre o lucro líquido de empresas (Contribuição sobre o Lucro Líquido – CSLL), que também se incorporaram ao financiamento federal da saúde. A partir do início dos anos 1990, recursos originários de contribuições sociais incidentes sobre o faturamento, lucro e movimentação

financeira (esta última a partir de 1997) têm sido responsáveis, em média, por mais de 70% do financiamento federal da saúde.

Até 1993, a contribuição de empregados e empregadores sobre folha de salário ainda era, isoladamente, a principal fonte de financiamento do setor saúde no âmbito federal, correspondendo a 31,6% do total. A partir de 1994, entretanto, essa contribuição passou a se destinar exclusivamente para o pagamento de encargos previdenciários, criando dificuldades ao financiamento da saúde. Nesse ano criou-se o Fundo Social de Emergência, posteriormente rebatizado como Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), que foi a principal fonte de financiamento do gasto federal com saúde em 1994.

Desde o início da implementação do SUS, em 1990, o financiamento tem sido uma das questões centrais. Afinal, não se passa de um sistema de saúde dimensionado para 90 milhões de pessoas, como no auge da medicina previdenciária, para outro com responsabilidades atuais sobre mais de 160 milhões, sem um aporte significativo de recursos novos.

Os constituintes de 1988 já manifestavam preocupação com o financiamento da saúde, ao dispor no artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) que, até ser aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), trinta por cento, no mínimo, do Orçamento da Seguridade Social, excluído o seguro desemprego, deveria ser destinado ao setor saúde. Este dispositivo foi colocado, nos anos subseqüentes, em algumas LDOs, servindo, contudo, mais como um teto orçamentário inicial, do que como garantia para a realização efetiva de despesas.

A crise financeira eclodiu em 1993, quando, em virtude do aumento das despesas da previdência social, os recursos originários sobre a contribuição de empregados e empregadores sobre a folha de salários, tradicionalmente utilizados para compor o financiamento da saúde, deixaram de ser repassados ao Ministério da Saúde.

Assim, diante das dificuldades de financiamento do SUS, começaram a surgir no âmbito do Legislativo, desde 1993, diversas propostas para dar maior estabilidade ao financiamento setorial. Uma solução emergencial foi a criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) em 1996. Esta contribuição tem sido prorrogada desde então, deixando de ser uma contribuição exclusiva para a saúde, embora ao SUS ainda corresponda a maior parcela.

Finalmente, no ano 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, que promoveu a vinculação de recursos para a saúde nos orçamentos das três esferas de governo, assegurando um patamar mínimo de recursos da União, estados e municípios. Estados e municípios foram obrigados a alocar, a partir de 2000, pelo menos 7% das receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais para a área da saúde. Esse percentual deve crescer gradualmente até atingir 12% para estados e 15% para municípios, até 2004. A União teve de destinar à saúde, no ano 2000, 5% a mais do que despendeu em 1999; para os anos seguintes, o valor apurado no ano anterior deve ser corrigido pela variação nominal do PIB.

Ainda que, em última instância, o volume de recursos públicos para o setor dependa da evolução das receitas públicas, no caso de estados e municípios, e do crescimento da economia, no caso dos recursos da União, um dos pontos importantes dessa vinculação, a despeito das dificuldades encontradas em seu monitoramento, foi trazer maior segurança sobre o volume de recursos, representar uma espécie de 'seguro' contra a instabilidade excessiva, além de comprometer efetivamente as três esferas de governo no financiamento da saúde, quebrando a cultura da dependência ao financiamento federal.

Estimativas realizadas pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), para 1998, indicam a seguinte participação relativa das três instâncias de governo no financiamento público da saúde: União (63,0%), estados (20,6%) e municípios (16,4%). Dados do Stops, referentes ao ano 2000

(atualizados até 1/7/2002), anteriores, portanto, à vigência da Emenda Constitucional nº 29, indicam redução da participação relativa dos estados (18,5%) e da União (59,9) e crescimento municipal (21,6%).

Em valores absolutos, o gasto público total foi estimado em R\$ 33.982,3 milhões no ano 2000, sendo R\$ 20.351,5 milhões correspondentes a recursos da União (59,9%) e R\$ 13.630,8 milhões (40,1%) oriundos de estados e municípios.

Em 1993-1994, o gasto líquido médio do Ministério da Saúde foi de R\$ 111,91 por habitante, valor que passou a R\$ 146,72 em 2000-2001, o que representa um crescimento de 31% no período. A análise ano a ano do gasto líquido *per capita*, por sua vez, revela que, desde 1995, seu valor vem oscilando em torno de R\$ 140,00, mas com ligeira tendência de crescimento.

Os números apontam também para uma mudança importante de prioridades no financiamento federal. Em 1998, o financiamento das ações básicas de saúde absorvia 9,1% do gasto *per capita* do Ministério da Saúde; em 2001, este percentual passou para 14,3%, representando um crescimento de 57%. Com essa política foram particularmente privilegiadas iniciativas, como o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerados estratégicos para a mudança do modelo assistencial.

As alocações federais para o financiamento da assistência à saúde historicamente privilegiaram as regiões mais desenvolvidas com maior e melhor estrutura de oferta de serviços. A partilha dos recursos do INAMPS, em 1986, refletia essa tradição histórica.

Tabela 3 – Distribuição dos gastos com assistência médica. Brasil – 1986

Região	% do gasto	% da população
Norte	2,27	5,48
Nordeste	18,10	28,82
Sudeste	59,28	43,79
Sul	15,14	15,12
Centro-Oeste	5,02	6,78
Brasil	100,0	100,0

Fonte: INAMPS/Secretaria de Planejamento/DIS, 1987.

Pode-se verificar que as regiões mais ricas, Sudeste e Sul, recebiam recursos proporcionalmente superiores à sua população, enquanto as regiões Nordeste e Norte recebiam recursos proporcionalmente inferiores às suas populações. A alocação de recursos, presidida pela disponibilidade de oferta, acabava privilegiando os estados que tinham maior capacidade instalada, em detrimento dos mais necessitados de recursos humanos e materiais. Era evidente que a redução das disparidades na alocação dos recursos federais regionais só aconteceria com a mudança nos critérios, mediante a adoção de políticas assistenciais e de investimentos diferenciadas, que tivessem como objetivo explícito a redução das desigualdades.

A implantação do Piso Assistencial Básico (PAB) que propicia a transferência regular e automática de R\$ 10,00 *per capita* a todos os municípios brasileiros para o custeio de serviços básicos de saúde representou um passo importante em direção a uma maior equidade na distribuição dos recursos do SUS, graças ao aporte da CPME. Com essa iniciativa, adotada a partir de 1998, mais de 70% dos municípios viram aumentar significativamente os recursos disponíveis para atenção básica de saúde.

A evolução dos tetos financeiros da assistência à saúde, apresentada na Tabela 4, é elucidativa da política de redução das desigualdades regionais, quando comparada à situação vigente em 1986. A evolução dos percentuais destinados à atenção básica e aos serviços de média e alta complexidade indicam, por sua vez, que a diminuição das desigualdades inter-regionais não

ficou restrita somente aos serviços de atenção básica, mas incluiu, também, os serviços ambulatoriais e hospitalares de maior complexidade.

Tabela 4 – Distribuição percentual dos tetos financeiros da assistência à saúde. Brasil e regiões – dezembro de 1997 a dezembro de 2001

Valores em %

Regiões	Atenção básica		Média e alta complexidade		TOTAL	
	1997	2001	1997	2001	1997	2001
Norte	5,5	9,0	4,2	5,3	4,4	6,1
Nordeste	29,5	35,6	22,4	23,9	23,7	26,4
Centro-Oeste	6,6	7,7	6,3	6,4	6,3	6,7
Sudeste	43,7	34,7	50,1	47,9	48,9	45,0
Sul	14,7	13,2	17,0	16,5	16,6	15,7
BRASIL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SE/MS.

O gasto nacional em saúde (público e privado) foi estimado, em 1997, em 6,5% do PIB. Esse percentual está próximo ao de alguns países desenvolvidos como Reino Unido, Espanha e Canadá, onde os sistemas de saúde também são de acesso universal. Contudo, em valores *per capita*, o gasto nacional é muito inferior ao dos países referidos. Ademais, diferentemente de outros países com sistemas públicos de acesso universal, a participação do gasto público é bastante baixa em relação ao gasto nacional total – menos de 50%, ao passo que o percentual médio dos países desenvolvidos é de 70% (Tabela 5).

Tabela 5 – Gasto em saúde, % do PIB, *per capita* e participação de fontes públicas e privadas, estimativas para diversos países – 1997

País	% PIB	Gasto (em US\$) <i>per capita</i> *	% Público	% Privado
Alemanha	10,5	2.365	77,7	22,3
Austrália	7,8	1.601	72,0	28,0
Brasil	6,5	428	48,7	51,3
Canadá	8,6	1.051	72,0	28,0
Espanha	8,0	1.211	70,6	29,4
Estados Unidos	13,7	3.724	44,1	55,9
Reino Unido	5,8	1.152	96,9	3,1

* Em dólares internacionais (PPP).

Fonte: Informe sobre la salud en el mundo (Genebra: OMS, 2000).

A magnitude do gasto privado em saúde no Brasil é explicada pela grande dimensão do setor de Planos e Seguros de Saúde. Este segmento é financiado pelo dispêndio das famílias e pelas despesas patronais com assistência à saúde de empregados e dependentes, e atende, de forma mais ou menos abrangente, cerca de 24,5% da população brasileira. Ademais, as famílias realizam importantes gastos diretos com medicamentos e assistência odontológica.

Sistema de informação

No Brasil, a produção e a utilização de informações sobre saúde se processam em um contexto muito complexo de relações institucionais, compreendendo variados mecanismos de gestão e financiamento. Estão envolvidas: estruturas governamentais nos três níveis de gestão do SUS; o IBGE, órgão coordenador do sistema brasileiro de geografia e estatística; outros setores da administração pública que produzem dados e informações de interesse para a saúde; instituições de ensino e pesquisa; associações técnico-científicas e as que congregam categorias profissionais ou funcionais e organizações não-governamentais.

Nas últimas décadas, importantes sistemas nacionais de informação foram desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, com notáveis avanços na disseminação eletrônica de dados sobre nascimentos, óbitos, doenças de notificação, atendimentos hospitalares e ambulatoriais, atenção básica e orçamentos públicos em saúde, entre outros. Foram também construídos indicadores que servem de base para avaliar o cumprimento de metas e orientar o financiamento da atenção à saúde. Os principais sistemas de informação do Ministério da Saúde e suas características gerais são referidos a seguir:

- Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – é o mais antigo no país. Foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1975, com dados consolidados a partir de 1979. Conta com apoio do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD), sediado na Faculdade de Saúde Pública da USP. O CBCD

atua como referência nacional para informações sobre mortalidade e como centro colaborador da OMS para classificação de doenças em português. O registro da causa de morte baseia-se na Classificação Internacional de Doenças, estando implantada a 10ª Revisão desde 1996.

- Sistema de Informações sobre Nascidos-Vivos (SINASC) – foi concebido à semelhança do SIM e implantado gradualmente pelo Ministério da Saúde a partir de 1990. Propicia informações sobre nascidos-vivos, com dados sobre a gravidez, o parto e as condições da criança ao nascer. O documento básico é a Declaração de Nascido-Vivo (DN), padronizada nacionalmente e distribuída pelo Ministério da Saúde em três vias. Para os partos realizados em hospitais e outras instituições de saúde, a primeira via da DN deve ser preenchida e enviada à secretaria de Saúde correspondente. No caso de partos domiciliares, essa comunicação cumpre ser feita aos cartórios do registro civil.

- Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) – tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar, nas três esferas de governo, dados gerados rotineiramente pelo sistema de vigilância epidemiológica para apoiar processos de investigação e de análise das informações sobre doenças de notificação compulsória. Concebido como sistema modular e informatizado desde o nível local, pode ser operado a partir das unidades de saúde.

- Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) – foi concebido para operar o sistema de pagamento de internação aos hospitais contratados pelo Ministério da Previdência. Em 1986, foi estendido aos hospitais filantrópicos; em 1987, aos universitários e de ensino; e, em 1991, aos hospitais públicos municipais, estaduais e federais (administração indireta e outros ministérios). Reúne informações sobre 60-70% das internações hospitalares realizadas no país.

- Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) – é o sistema responsável pela captação e processamento das contas ambulatoriais do SUS, que representam mais de 130 milhões de atendimentos mensais.

- Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) – destina-se à coleta de informações aplicadas ao planejamento, acompanhamento e avaliação das atividades dos agentes comunitários de saúde e das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF). Essas informações baseiam-se no cadastro das famílias atendidas e incluem dados demográficos, socioeconômicos, ambientais e culturais, além dos relativos à morbidade e à mortalidade.

- Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) – foi desenvolvido para orientar as ações do Programa Nacional de Imunizações (PNI), constituindo-se dos módulos de: apuração do programa de imunizações (API); estoque e distribuição de imunobiológicos (EDI); avaliação dos imunobiológicos utilizados (AIU); eventos adversos pós-vacinação (EAPV) e programa de avaliação do instrumento de supervisão (PAIS).

- Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) – foi implantado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério Público Federal, a partir de 1999, com o objetivo de subsidiar o planejamento, a gestão, a avaliação e o controle social do financiamento e do gasto público em saúde nas três esferas de governo, mediante a formação e manutenção de um banco de dados sobre receitas e despesas com ações e serviços de saúde sob responsabilidade do poder público.

A disponibilidade desses dados tem motivado sua crescente utilização nas instituições de ensino de saúde pública. Entre as informações de outras fontes, que são essenciais para a análise das condições de saúde no Brasil, destacam-se as produzidas pelo IBGE. Além dos censos demográficos, o IBGE vem ampliando a realização de estudos amostrais de base domiciliar, que fornecem informações confiáveis, de âmbito nacional, sobre aspectos demográficos, socioeconômicos e de saúde. Outros setores de governo também produzem dados e informações que, embora se destinem a objetivos institucionais específicos, oferecem subsídios para a análise de saúde.

Apesar desses avanços, persistem desafios tais como:

- ampliar o uso dessas informações para a gestão do sistema de saúde, em todos os níveis;
- promover maior articulação entre as instituições que atuam na produção, análise e disseminação das informações de interesse para a saúde;
- incentivar a contribuição da massa crítica de profissionais capacitados no país, para a análise dos dados disponíveis.

Nesse sentido, uma importante iniciativa tomada pelo Ministério da Saúde em 1996, em conjunto com a OPAS, foi a criação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), que articula cerca de 40 entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais envolvidos com o tema. A RIPSA publica anualmente um conjunto selecionado de Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil (IDB), no total aproximado de 100 indicadores devidamente qualificados nas seguintes categorias: demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos e cobertura. Vários estudos e análises têm sido realizados a partir desses dados, oferecendo contribuições importantes para decisões na área de saúde.

Papel regulador

Como qualquer outro setor da economia, a saúde requer o acompanhamento técnico-financeiro sistemático e a intervenção do gestor público na regulação dos bens produzidos e serviços oferecidos pela iniciativa privada, bem como na defesa dos seus consumidores e clientes. Para desempenhar esse papel, o governo não pode prescindir de estrutura administrativa adequada, legislação específica e quadro técnico capacitado.

No esteio da reforma do Estado, a institucionalização do modelo de Agência Executiva e do seu papel regulador sobre a economia apresentou-

se como uma estratégia importante para a consecução desses objetivos. As agências reguladoras, expressão adotada e difundida pela nova estrutura administrativa, dispõem de maior liberdade de ação que os outros órgãos de governo em seus moldes tradicionais. Estabilidade dos dirigentes, capacidade de arrecadação, autonomia financeira e possibilidade de uma política de pessoal diferenciada são os principais fatores dessa distinção. A avaliação do desempenho da agência governamental é mais estrita: as normas presentes no seu contrato de gestão definem indicadores e metas cujo descumprimento injustificado autoriza a demissão do seu dirigente pela autoridade do órgão a que está vinculada.

Com base nesse modelo geral, o Ministério da Saúde tomou a iniciativa de criar duas agências: uma dedicada à regulação das atividades de saúde suplementar e outra, voltada à vigilância sanitária no Brasil.

Até o final da década de 1990, tornou-se lugar-comum a divulgação de denúncias sobre restrições de cobertura, ineficiência dos profissionais e insatisfação dos usuários com a qualidade dos serviços prestados pelos planos e seguros de saúde, e, sobretudo, com os aumentos abusivos nos valores das mensalidades e restrições de atendimento. Isto mostrou à opinião pública que esse mercado, não obstante a sua importância social, ainda não contava com uma regulamentação firme e eficaz. Em 1998, o Ministério da Saúde iniciou um processo de discussões com o objetivo de criar uma estrutura adequada e uma legislação específica e consistente, para a regulação da assistência privada supletiva à saúde no Brasil.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde, instituída com a publicação da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, representou a inserção definitiva da autoridade ministerial na regulamentação do mercado de medicina suplementar, até então da competência exclusiva da área econômica do governo, que limitava esse controle à supervisão do desempenho econômico-financeiro das empresas. Finalmente, a Lei 9.656, publicada no Diário Oficial da União de 4 de junho de 2000,

trouxe garantias legais e benefícios evidentes no atendimento aos clientes dos planos de saúde:

- 1) exigência de atendimento a todos os agravos previstos no Código Internacional de Doenças (CID);
- 2) fixação de limites aos valores dos prêmios em função da faixa etária;
- 3) proibição da recusa de clientes com idade avançada;
- 4) proibição da exclusão de cobertura em função de doenças preexistentes, passados 24 meses da assinatura dos contratos;
- 5) ressarcimento pelas operadoras dos procedimentos prestados a seus clientes em hospitais vinculados ao SUS;
- 6) autorização à participação de empresas estrangeiras no mercado da assistência à saúde.

Por sua vez, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tem como finalidade institucional promover a *proteção da saúde* da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, processos, insumos e tecnologias. A agência também exerce o controle de portos, aeroportos e fronteiras, assim como a interlocução junto ao Ministério das Relações Exteriores e instituições estrangeiras sobre assuntos internacionais na área de vigilância sanitária.

Criada pela Lei 9.782, de 26 de janeiro de 1999, na qualidade de autarquia sob regime especial, sua independência administrativa e autonomia financeira lhe permitem gerar seus próprios recursos mediante a cobrança de taxas de fiscalização. Essa condição ampliou seu orçamento, que praticamente dobrou entre 1998 e 2001. Quando da sua instituição, a ANVISA incorporou as competências da antiga Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, às quais se somaram novas tarefas: coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados, e do Programa Nacional de Prevenção e Controle de

Infeções Hospitalares; atribuições relativas à regulamentação, controle e fiscalização da produção de fumígenos; suporte técnico na concessão de patentes pelo Instituto Nacional de Propriedade Industrial; controle da propaganda de produtos sujeitos ao regime de vigilância sanitária; e monitoração de preços de medicamentos e outros itens de interesse para a saúde.

A área de atuação da ANVISA é bastante abrangente, o que acaba por diluir a sua imagem institucional por trás de tantas atividades. Contudo, a agência vem adquirindo maior visibilidade pública com o impacto do volume crescente do registro de medicamentos genéricos, tarefa a ela atribuída.

Tendências para a primeira década do século XXI

Estudo Delphi realizado no IPEA em 2001 identificou tendências em diferentes áreas temáticas no campo da saúde. O Método Delphi é uma técnica prospectiva para obter informação essencialmente qualitativa, mas relativamente precisa sobre o futuro. Com este método, busca-se encontrar consensos em torno de determinados problemas entre pessoas de diferentes áreas, inclusive fora do sistema de saúde, escolhidas em função de sua inserção social e política, liderança, trajetória profissional, e, por isto, consideradas formadoras de opinião no segmento a que pertencem – organizações da sociedade civil e Ministério Público, gestores do SUS das três esferas de governo, diretores e gerentes da rede pública de saúde, profissionais de saúde, políticos, pesquisadores e docentes das áreas de saúde coletiva, economia e gestão da saúde, dirigentes da rede privada, e empresários e executivos da indústria farmacêutica, medicina supletiva e da área médico-hospitalar – ou mesmo além dele.

- Universalidade da atenção integral

A possibilidade de o SUS, no horizonte de dez anos, alcançar progressos marcantes no acesso a ações e serviços foi vista de forma positiva

por 58% dos painelistas. Também estão divididas as opiniões quanto à possibilidade de o Programa de Saúde da Família (PSF) vir a ser efetivamente estendido a toda a população: 54,8% dos painelistas acham que essa extensão é 'pouco provável' ou 'não se efetivará'.

Já para 62,8% dos painelistas, a cobertura dos planos e seguros de saúde continuará aumentando na próxima década. Para 68,6% do painel, existe a possibilidade de o SUS adotar um elenco de ações e serviços preventivos e curativos que passe a ser 'efetivamente' garantido a toda a população usuária.

- Desigualdades

A possibilidade de o sistema de saúde obter resultados concretos na redução das desigualdades em saúde é reconhecida por 60,8% dos participantes da pesquisa. Contudo, não há simetria nesta percepção entre os diferentes grupos. A equidade, entendida como "igual acesso a tratamento para igual necessidade", será um objetivo prioritário da política de saúde na próxima década para 71,7% dos painelistas.

- Organização e gestão

Para quase três quartos dos painelistas (74,4%), será reduzido o papel dos estados e municípios na prestação direta de serviços.

A tendência de transformação de hospitais e outras unidades operados pelo setor público em 'entes públicos', com maior autonomia, mas submetidos a alguma forma de controle social, é admitida por 86% dos painelistas no caso das unidades atualmente operadas pelo Ministério da Saúde. No caso das unidades operadas pelas secretarias estaduais de Saúde e das unidades operadas pelas secretarias municipais, os percentuais são também expressivos, embora mais baixos: 79,6% e 78,9%, respectivamente.

O setor privado empresarial, para 41,8% dos painelistas, e as entidades públicas não estatais, segundo 41,0%, serão as formas organizacionais que apresentarão maior crescimento na oferta de serviços médico-assistenciais.

O mercado de trabalho para médicos generalistas crescerá tanto no setor público quanto na área privada em geral, segundo, respectivamente, a opinião de 82% e 75,5% dos participantes da pesquisa.

A exigência de titulação específica para o exercício de funções de direção nos estabelecimentos públicos de saúde, principalmente nos de maior porte, é uma tendência indicada por 77,2% dos painelistas.

- **Financiamento**

A maioria dos painelistas, quase 90%, acredita na continuidade do crescimento do gasto nacional (público e privado) com saúde nesta primeira década do século XXI. Mas, para 72%, o gasto privado crescerá em ritmo superior ao do gasto público. O pessimismo quanto à eficácia das estratégias de contenção de gastos atualmente utilizadas é manifestado por 56,7% dos painelistas.

As transferências financeiras do governo federal para estados e municípios serão mais diretas, regulares e automáticas para 80% dos painelistas, porém menos de 60% confiam na adoção de critérios mais transparentes e equitativos na definição dessas transferências

Promoção da Saúde: discutindo uma nova política e um novo conceito de saúde

A I Conferência Mundial de Promoção da Saúde, realizada em 1986 no Canadá, ficou mundialmente conhecida pela Carta de Ottawa. Esta Carta definiu a visão e o conceito de promoção da saúde. Saúde é conceituada não como o objetivo da existência humana, mas, sim, como a fonte de riqueza da

vida cotidiana. Promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios para melhorarem sua situação sanitária e exercerem maior controle sobre sua saúde. São considerados condições e requisitos para a saúde: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, a justiça social e a equidade. As estratégias para promover a saúde incluem o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o fortalecimento de ações comunitárias, a reorientação dos serviços de saúde e o desenvolvimento de habilidades e capacidades individuais, de forma a promover possibilidades de escolhas e oportunidades para perseguir a saúde e o desenvolvimento.

A Carta de Ottawa difunde a idéia de que saúde é um bem socialmente produzido. Saúde para todos é compromisso e responsabilidade de todos os setores da sociedade. Portanto, a estratégia de promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre os diferentes setores sociais: as ações do Estado em suas políticas intersetoriais, da sociedade civil e do sistema de saúde propriamente dito.

A II Conferência Mundial de Promoção da Saúde, realizada em 1988 em Adelaide, na Austrália, reafirmou a de Ottawa quanto à definição dos determinantes de saúde e às condições de acesso equitativo aos bens e serviços em geral e, sobretudo, aos equipamentos e à assistência à saúde. O conceito de *política pública saudável* foi aprofundado, ressaltando-se a importância do compromisso político de todos os setores envolvidos com a saúde como condição de realização dessas políticas. Fortalece-se o entendimento de que as políticas públicas, em todos os setores, influenciam os determinantes de saúde e são o veículo principal das ações para reduzir as desigualdades sociais e econômicas. Quatro áreas prioritárias de ação foram identificadas na II Carta Mundial de Promoção da Saúde: saúde das mulheres, acesso à alimentação e a nutrientes saudáveis, redução do consumo de tabaco e álcool e criação de ambientes saudáveis.

As conferências seguintes foram realizadas em Sundsvall, Suécia, em 1991, e em Jacarta, Indonésia, em 1997. A Declaração de Jacarta estabe-

leceu cinco prioridades para a promoção da saúde: promover a responsabilidade social pela saúde, aumentar as capacidades de ação e de proposição das comunidades, aumentar o 'empoderamento' (*empowering*) dos indivíduos e de suas comunidades, expandir e consolidar as parcerias para a promoção da saúde, aumentar investimentos na construção de infra-estrutura para a promoção da saúde.

A preocupação com a equidade está no centro do conceito de promoção da saúde e é o fio condutor de todas as Conferências e suas Declarações. A V Conferência, realizada em 2000 na cidade do México, ratificou o entendimento de que os determinantes das desigualdades em saúde têm melhorado significativamente, ainda que as circunstâncias de desigualdades sociais e econômicas continuem a corroer as condições de/para saúde. Por estas razões, a equidade, tanto no interior dos países como entre eles, foi seu tema central. Nesta Conferência, dez ministros de Saúde firmaram a Declaração Mundial do México para a Promoção da Saúde, que pode assim ser resumida: afirmação da contribuição das estratégias de promoção da saúde para manutenção das atividades de saúde em nível local, nacional e internacional; e compromisso dos países de desenharem planos nacionais de ação para monitorar o progresso feito pela incorporação das estratégias de promoção da saúde na política de planificação em nível nacional e local.

Estes encaminhamentos se justificam pelo reconhecimento da permanência de dois desafios: a importância de aprimorar os mecanismos de comunicação, através da divulgação de exemplos e evidências, das conquistas que demonstram que a política de promoção da saúde pode fazer diferença para a saúde e a qualidade de vida; e, da mesma forma, é uma estratégia que favorece o alcance de uma equidade maior em saúde.

A pauta das Conferências Mundiais de Promoção da Saúde é uma convocação à responsabilidade individual e coletiva na definição dos caminhos pelos quais podemos-devemos 'tecnocientificamente' modificar o mundo que nos cerca, e 'eticamente', repensar o(s) modo(s) de desenvolvimento e

organização da vida em sociedade. Numa expressão: a estratégia da promoção da saúde coloca em destaque o desafio de desvendar as tramas que tecem as relações entre conhecimento, poder e ética.

Um novo paradigma?

Na modernidade, a estruturação do setor saúde se organiza em torno da atenção à doença, e há uma predominância da dinâmica dos hospitais como centro dessa assistência. No imaginário coletivo se confunde o discurso sobre saúde com doença, e o setor saúde como responsável por atender as enfermidades.

A definição de saúde da OMS marca a tentativa de superação desta perspectiva, que se estrutura melhor com o informe Lalonde de 1974, o qual aponta a necessidade da inversão dos orçamentos públicos canadenses com serviços assistenciais às doenças cujos gastos desconhecem os fatores determinantes das mesmas.

A Carta de Ottawa (1986), cuja base é o informe Lalonde, ao discutir políticas públicas e ambientes saudáveis, a importância da ação comunitária e o desenvolvimento de habilidades pessoais como estratégias para alcançar saúde, além de reorientação dos serviços, cumpre o papel de trazer esta pauta para a agenda política dos países.

No campo da saúde pública, fica cada vez mais reconhecida a incapacidade do modelo de atenção vigente – baseado hegemonicamente no conhecimento biológico, no parque tecnológico médico, no risco e atenção individual – para responder aos problemas de saúde da população. O aprofundamento deste debate reforça a discussão das ações e estratégias da promoção da saúde na América Latina e no mundo. A promoção da saúde reinaugura o debate de que a saúde não é um análogo inverso à doença, mas um conceito a ser socialmente construído e a servir de base para o trabalho do setor e a sociedade em seu conjunto.

Há suficientes evidências empíricas para compreender que o enfoque biomédico não é capaz de explicar e intervir em toda a complexidade dos problemas de saúde-doença das populações e, por conseguinte, das formas de organização da sociedade para enfrentá-los. O aumento de fluxo de recursos para os serviços de saúde, tal qual estão constituídos, causa pouco impacto sobre o estado de saúde de uma população. Há uma necessidade crescente de recursos para satisfazer a voraz incorporação e expansão de tecnologias independentemente dos apontamentos epidemiológicos e avaliativos. A carga social das doenças, seqüelas e mortes prematuras atuais está cada vez menos vinculada a mudanças e expansões adicionais dos serviços de saúde. As intervenções e mudanças estruturais fora da assistência sanitária clássica têm maior potencialidade de alterar as tendências epidemiológicas dos grandes problemas de saúde.

A busca incessante pela descoberta de fatores de riscos individuais e a prevenção de doenças específicas têm levado a respostas prescritivas e generalizadas. Por outro lado, o desenvolvimento da epidemiologia como a ciência da saúde pública tem sido também articulado a esta perspectiva hegemônica. O que sustentamos é que a crise do modelo biomédico é parte da crise da modernidade, que se caracteriza por não ter cumprido suas promessas, como liberdade, igualdade, solidariedade e paz. O século XX se caracterizou por aumento da pobreza, concentração de riquezas, contaminação e destruição ambiental, e nunca se vitimou tanto por guerras.

No Brasil, a promoção da saúde deve se confundir com a construção de sujeitos cidadãos, que se encontra assinalada nos princípios do SUS. O SUS é produto de um processo social de participação da sociedade civil para garantir acesso universal e integral à saúde e, portanto, faz parte do esforço da sociedade por qualidade de vida.

Os princípios do SUS estabeleceram as bases para a abordagem integral da saúde no Brasil, porém têm se centrado na organização dos

serviços de atenção à doença. Esta dinâmica pode levar à inviabilidade financeira do sistema pela incorporação e utilização de tecnologias medicalizantes que não se pautam por critérios epidemiológicos, estando mais sensíveis a injunções do mercado.

Por outro lado, o grande acúmulo de capital social que representa o SUS ao marcar-se por dar acesso a um modelo biomédico, além da questão de sua sustentabilidade, é um movimento que, no campo da saúde, mantém a perspectiva hegemônica que não quebra o paradigma dominante de desenvolvimento.

A inserção do enfoque da promoção da saúde no SUS permite questionar a hegemonia do enfoque biomédico e recuperar as promessas da reforma sanitária brasileira, que apontam para uma abordagem da saúde em toda a sua complexidade. Neste sentido, cabe realçar a noção de que existe um elo indissociável entre promoção da saúde e desenvolvimento sustentável, tal como recomendado pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) em documento de 2002:

A concepção de desenvolvimento sustentável, que engloba as diretrizes de intersetorialidade, deve orientar as políticas de emprego, moradia, acesso à terra, saneamento e ambiente, educação, segurança pública e segurança alimentar, para que, integradas às políticas de saúde, tenham por referência a saúde das populações como melhor indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades.

Políticas de promoção da saúde no Brasil

Do ponto de vista legal e normativo, a promoção da saúde faz parte do elenco de responsabilidades do Estado, enunciadas na conceitualização de saúde, nos princípios e diretrizes organizacionais do SUS, que contemplam a participação comunitária e a integralidade do sistema, com gestão descentralizada, e apontam para a intersetorialidade.

As normas pactuadas nacionalmente que regulam o processo de descentralização e a reorganização do modelo de atenção vêm introduzindo, com maior ou menor intensidade, a perspectiva da promoção da saúde. A Norma Operacional Básica do SUS – NOB 01/96, a mais explícita em relação a um novo modelo de atenção orientado para promover a saúde, apresenta como bases para sua estruturação:

- participação da população não somente nas instâncias formais, mas em outros espaços constituídos por atividades sistemáticas e permanentes, dentro dos próprios serviços de atendimento, favorecendo a criação de vínculos entre o serviço e os usuários, e caracterizando uma participação mais criativa e realizadora para as pessoas;
- concentração das ações de saúde na qualidade de vida das pessoas e no seu meio ambiente, bem como nas relações da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com as famílias;
- modelo epidemiológico considerado como eixo de análise dos problemas de saúde, segundo o entendimento de que este incorpora como objeto de ação as pessoas, o ambiente e os comportamentos interpessoais;
- uso de tecnologias de educação e de comunicação social, elementos essenciais em qualquer nível de ação;
- construção da ética coletiva, que agrega as relações entre usuário, sistema e ambiente, e possibilita mudanças nos fatores determinantes, estimulando as pessoas a serem agentes de sua própria saúde;
- intervenções ambientais que suscitem articulações intersetoriais para promover, proteger e recuperar a saúde.

Considera-se, portanto, que, no processo de institucionalização do SUS, a promoção da saúde emerge e se fortalece como diretriz orientadora de uma Política Nacional de Saúde que represente a concretização das estratégias de promoção da saúde, isto é, que tenha como objetivo maior a saúde dos cidadãos, a ser construída com a participação da população, que propi-

cie o desenvolvimento das potencialidades dos cidadãos e que reforce a ação comunitária, além de demonstrar potencialidades para reorganizar o sistema de atenção na perspectiva da saúde.

Se bem que os princípios e diretrizes da promoção da saúde estejam enunciados nas formulações jurídico-políticas da Política Nacional de Saúde, ainda não existe no Brasil uma política explícita, formalizada e instituída, que compreenda todas as dimensões da promoção de saúde. Um exemplo que ilustra a potencialidade de intervenções que articulam diferentes setores e ganham o apoio da sociedade está representado pelo conjunto de leis, normas e atos administrativos de combate ao uso do tabaco. Tais ações compreendem a obrigatoriedade do registro de produtos fumígenos pelas empresas produtoras, a proibição de venda de cigarros a crianças e adolescentes, a restrição de propaganda em veículos de comunicação, a proibição do uso de fumo em dependências de prédios públicos, a regulação dos teores máximos permitidos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono, e a proibição de fumo nas aeronaves em todo o território nacional.

Uma Iniciativa Exemplar de Promoção da Saúde: a experiência do Programa Agita São Paulo

O Programa Agita São Paulo foi criado em 1996 para combater o sedentarismo no estado de São Paulo, aumentando o nível de atividade física e o conhecimento sobre os benefícios para a saúde de um estilo de vida ativo. É o resultado de um convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde e o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS), em parcerias que hoje envolvem mais de 200 instituições governamentais, não-governamentais e empresas privadas.

Dois desafios maiores tiveram que ser enfrentados na criação do programa. Primeiro, a escassez de trabalhos científicos na promoção da atividade física em países em desenvolvimento. Segundo, o estado de São Paulo compreendia uma população de 35 milhões de habitantes, numa área de 248,8 quilômetros quadrados, com 645 municípios. A região metropolitana de São Paulo, por sua vez, é a segunda maior do mundo, com mais de 16 milhões de habitantes. Num processo de planejamento de dois anos, o CELAFISCS buscou a parceria de profissionais dos principais centros do Brasil e do exterior, como o Center for Diseases Control and Prevention (CDC), dos Estados Unidos, o Health Education Authority, na Inglaterra, e o Programa Agita Mundo.

Para desenvolver o programa, parcerias foram adotadas como estratégia-chave. Parcerias intelectuais foram o instrumento para obter experiências de outras nações e programas internacionais. Vários profissionais experientes foram convidados a visitar o Centro Agita e compor um corpo científico nacional e internacional. As organizações parceiras governamentais e não-governamentais representaram o fator-chave para o sucesso do Agita. Mais de 220 instituições fortes formaram seus quadros executivos, que discutem as principais ações do Agita em reuniões mensais. Diferentes setores da sociedade foram representados neste quadro, como educação, esportes, saúde, indústria, comércio e serviços. A estrutura do Agita São Paulo mostra a relação entre os quadros científico e executivo.

O Agita tem sua mensagem principal associada às noções de 'vida ativa' e 'atividade física para a saúde', em substituição a termos tradicionais, como 'esporte' e 'fitness'. Pelo modelo 'um passo à frente', uma mensagem solicita aos sedentários que sejam mais ativos; aos ativos, que passem a ser regularmente ativos; e a quem já é ativo, que se torne muito ativo, para continuar a atividade sem lesões.

Três contextos foram selecionados: lar, transporte e tempo livre. Atividades caseiras diárias foram as mais reforçadas, concentrando-se na importância da caminhada (mesmo com um cachorro), jardinagem, tarefas de casa, comportamentos para evitar o sedentarismo (ficar sentado, assistir TV), mostrando-se o significado das atividades domésticas com humor para atrair a atenção dos brasileiros. Andar e subir escadas foram estimulados como meio de transporte. Dançar se tornou a inclusão mais importante para as atividades no tempo livre, pois crianças, adultos e idosos podem dançar, e os brasileiros amam dançar.

O programa tem se difundido por outros estados, desenvolvendo uma rede brasileira e lançando o Agita Bahia e o Mexe Campina, entre outros, o que levou o Ministério da Saúde a convidar o Centro Agita para organizar o Agita Brasil. Com o objetivo de assegurar a implantação e implementação das atividades e ações do Programa Agita Brasil, o Ministério da Saúde vem estabelecendo parcerias com os gestores estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), além de contar com o respaldo técnico-científico do CELAFISCS para desenvolver ações de educação e promoção da saúde. Ao lado dessas alianças estão a Organização Pan-Americana da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Funções Essenciais da Saúde Pública

Metodologia

A maioria dos países das Américas expressou, em seus princípios de reforma do setor da saúde, a necessidade de alcançar a equidade de acesso a serviços, melhorando a qualidade e a eficiência dentro de um marco de sustentabilidade econômica e participação social. Apesar disso, em geral, os resultados do monitoramento dos processos de reforma na região mostram que não existe evidência na redução de desigualdades; que são escassos os avanços na efetividade e eficiência dos modelos de saúde; e em alguns países existe uma alta dependência financeira para a sustentabilidade dos serviços de saúde, sendo incipientes os processos de participação social. Também identificou-se um alto grau de deterioração da força de trabalho em saúde, em quantidade e qualidade, que afeta os serviços médicos clínicos e, em especial, a saúde pública.

A ênfase das reformas de saúde da década de 1990 foi dirigida à atenção médica individual, à redução dos déficits financeiros e aos processos de regulação/desregulação para a abertura de mercados de seguro. Estas reformas não atenderam às expectativas geradas, e seus resultados, em geral, são contraditórios com os direitos expressos nos mandados constitucionais.

Nos próximos anos, a nova geração de reformas tem como principais desafios: o processo de reconstrução da autoridade sanitária; o incentivo geracional para uma nova cultura da saúde, com participação cidadã e fortalecimento da infra-estrutura, da tecnologia e dos recursos humanos para o exercício de uma saúde pública capaz de enfrentar antigos e novos desafios para a proteção da saúde num mundo globalizado e com ampla diversidade de realidades locais. A nova geração de reformas tem o desafio de trabalhar com modelos de proteção e de inclusão social, incentivando os mecanismos de solidariedade e promovendo os direitos dos cidadãos.

Em 1999, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) lançou a Iniciativa Saúde Pública na Região das Américas como uma resposta orientada a fortalecer o papel das autoridades sanitárias no exercício do que se denominou Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP). Esta iniciativa tem como objetivo melhorar as práticas em saúde pública com base na medição das FESP. O desenvolvimento da iniciativa e do instrumento de FESP foi conduzido em conjunto pela OPAS, pelo Centro para o Controle de Doenças (CDC) e pelo Centro Latino-Americano de Investigação de Sistemas de Saúde (CLAISS). Também recebeu apoio do diretor emérito da OPAS/OMS, Dr. Carlyle Guerra de Macedo, e dos corpos diretivos da Instituição.

Em setembro de 2000, durante a sessão do Conselho Diretivo da OPAS, foi aprovada a Resolução 42/18, na qual os países-membros da região das Américas se comprometeram a participar do exercício regional de medição de desempenho das FESP e a utilizar os resultados para elaborar Planos de Desenvolvimento Institucional para melhorar a prática da saúde pública.

O uso das FESP oferece aos países uma excelente oportunidade para renovar os conceitos da saúde pública e refletir sobre as práticas institucionais. Uma saúde pública entendida como responsabilidade do Estado e da sociedade civil interessada numa saúde individual e coletiva que garanta o acesso equitativo a serviços públicos e privados com qualidade e com uso racional dos recursos humanos e tecnológicos. Um exercício renovado da saúde pública que utilize o monitoramento, a análise e avaliação da situação da saúde das populações como instrumento de políticas de saúde para a organização de serviços individuais e para a vigilância, investigação e controle de riscos e danos em saúde pública. Uma saúde pública responsável, que interaja com os cidadãos e com a sociedade, para garantir transparência no uso dos recursos sociais mediante mecanismos de arrecadação de contas e participação cidadã.

O desafio da autoridade sanitária é – e será de forma crescente – vigiar, orientar e regular a gestão de múltiplos prestadores públicos e privados para cumprir as metas estabelecidas nos planos de saúde para a atenção

da saúde individual e coletiva com critérios de equidade, eficiência, qualidade e sustentabilidade financeira.

Os cinco novos desafios para as autoridades sanitárias no exercício das FESP se relacionam com:

- melhorar a governabilidade sanitária a fim de incentivar as ações intersetoriais, gerando novas oportunidades para reconstituir o tecido social de sociedades segmentadas, para atuar sobre os determinantes da saúde e das desigualdades sociais, utilizando recursos públicos e privados;
- reestruturar a diretoria em saúde, utilizando as FESP como fonte de inspiração;
- harmonizar os planos de saúde regionais e locais para a gestão de redes de serviços de saúde individual e coletiva em função dos resultados esperados;
- incrementar as ações de regulação quanto a mercados de seguro público e privado, assim como os processos de incorporação, uso e avaliação de tecnologias; e garantia de qualidade nos serviços de saúde individual e coletiva;
- melhorar os critérios de atribuição de recursos aos serviços de saúde individual e coletiva em função das necessidades, com critério redistributivo e solidário tanto para a operação dos serviços, como para os planos de investimento e renovação tecnológica.

A seguir, descrevem-se resumidamente as capacidades da autoridade sanitária com relação a cada uma das 11 Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP).

Monitoramento e análise da situação da saúde

A autoridade sanitária deve ter a capacidade de: dirigir e orientar sistemas integrais para a análise da situação de saúde e seus determinantes, com ênfase nas necessidades e nos riscos e danos de acesso a serviços de saúde individual e coletivo. Identificar os recursos intra e extra-setoriais

(oferta pública e privada) para dar resposta às necessidades, riscos e demanda social. Desenvolver tecnologias, experiências, métodos e mecanismos de comunicação da informação para contribuir com o processo de tomada de decisões dos diferentes atores do governo e da sociedade. Manter critérios e procedimentos para garantir a qualidade dos bancos de dados e fontes de informação primária e secundária.

Entre os métodos e instrumentos requeridos para exercer esta função, a autoridade sanitária desenvolve perfis de situação para orientar os processos de atribuição de recursos, utilizando critérios de equidade; elabora tendências e parâmetros para o comportamento das diferentes variáveis e indicadores de recursos, produção e resultados esperados; e esboça protocolos para manter o sigilo de dados individuais.

Vigilância e investigação de riscos em saúde pública

As autoridades sanitárias devem ter capacidade de desenvolver sistemas idealmente integrados de vigilância e investigações sobre epidemias, comportamento de doenças que podem ser prevenidas, doenças não transmissíveis; acidentes, violências e outras patologias sociais; condições de vida e ambientais nocivas à saúde. Contarão com a infra-estrutura de saúde pública (redes de laboratório, redes de comunicação e outros) para estudos populacionais e investigações de caso, para dar uma resposta oportuna aos diversos problemas de saúde pública. Também devem desenvolver capacidade para a cooperação e ação de saúde pública internacional, orientada a proteger a saúde dos cidadãos em condições de migrações internas e externas favorecidas por diversas condições sociais e econômicas.

Estas capacidades da autoridade sanitária requerem uma estreita interação setorial e intersetorial entre as diferentes esferas de governo em nível nacional, intermediário e municipal, incluindo a garantia da informação pública, oportuna, adequada e educativa para a vigilância, controle dos problemas de saúde pública, fatores de risco e seus determinantes.

Promoção da saúde

As autoridades sanitárias devem ter a capacidade de estimular e trabalhar pela promoção da saúde, incentivando condutas e ambientes saudáveis, trabalhando por uma nova cultura da saúde baseada na promoção de fatores protetores de riscos individuais e coletivos acessíveis a todos os cidadãos. Estas ações requererão, no mínimo, uma estreita aliança intersetorial com agentes governamentais e não-governamentais, e instituições acadêmicas, a promoção e avaliação de políticas públicas em saúde e a reorientação dos serviços com enfoques de promoção da saúde. Para gerar estas mudanças, é preciso contar com um enfoque de atribuição de recursos financeiros que incentive mudanças no comportamento dos modelos de atenção vigentes.

Participação social dos cidadãos

As autoridades sanitárias devem ter capacidade para reforçar o poder dos cidadãos e a participação das organizações comunitárias para mudar seus hábitos de vida e ser parte ativa do desenvolvimento do comportamento de ambientes saudáveis para influir nos fatores que afetam sua saúde e a entrega de serviços de saúde individual e coletivo. Fortalecer o poder dos cidadãos e das organizações comunitárias implica estimular os mecanismos de consulta pública e de informação sobre deveres e direitos em saúde; promover instâncias de proteção dos cidadãos e consumidores de serviços; estimular os mecanismos de comunicação e participação das comunidades organizadas e organismos comunitários na análise da situação de saúde e a gestão dos serviços individual e coletiva, bem como a fiscalização social do uso dos recursos do setor.

Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planificação e gestão em saúde

A autoridade sanitária deve ter capacidade para definir, de forma participativa, objetivos de saúde pública em todos os níveis, que possam ser medidos, consistentes e orientados à redução de iniquidades coerentes com o

contexto político, econômico e social do âmbito nacional, estatal e municipal. Esta capacidade institucional para a gestão de sistemas de saúde pública inclui a planificação e a formulação de objetivos sanitários, a implementação de respostas aos problemas identificados e a avaliação de resultados; implica o desenvolvimento de competências e a tomada de decisões baseadas na evidência; mecanismos de liderança e comunicação efetiva; desenvolvimento organizacional e gestão de recursos públicos e privados; e, finalmente, o desenvolvimento das capacidades para a cooperação internacional em saúde pública.

A formulação de objetivos sanitários/saúde pública com utilização dos perfis de situação de saúde e de gestão dos serviços de saúde individual e coletiva supõe um processo de identificação de prioridades sanitárias e de formulação de respostas de forma participativa, reflexiva, crítica, que envolva diferentes atores do governo e da sociedade. Estes processos requerem o desenvolvimento de liderança institucional e a comunicação social; a identificação de indicadores e mecanismos de seguimento e avaliação com padrões de excelência; o desenvolvimento organizacional e a gestão de recursos para o sucesso de resultados esperados, incluindo capacidades para negociar com as agências de cooperação internacional.

Fortalecimento da capacidade institucional de regulação e fiscalização

As autoridades sanitárias devem ter capacidade para desenvolver o marco regulatório para proteger a saúde pública e fiscalizar o seu cumprimento, assim como gerar leis e regulamentos que favoreçam a promoção da saúde e a construção de espaços saudáveis, e protejam os cidadãos em sua relação com os sistemas públicos e privados de saúde. Para elaborar este marco regulatório, deve-se levar em conta o desenvolvimento das FESP, as normas nacionais e internacionais e os avanços da ciência e tecnologia. Quanto às funções de fiscalização, propõe-se orientar os esforços à educação e à prevenção da corrupção e de transgressões.

Avaliação e promoção do acesso equitativo em saúde

A autoridade sanitária deve ter capacidade para promover o acesso equitativo aos serviços de saúde individual e coletivo, incluindo o desenvolvimento de ações para superar as barreiras de acesso. Os processos de avaliação de acesso deverão realizar-se num ambiente multissetorial, multiético e pluricultural, trabalhando com diferentes instituições governamentais e não-governamentais, para dar solução às desigualdades observadas. Incentivam-se os mecanismos de informação sobre os direitos dos cidadãos e os mecanismos de acesso às redes de serviços de saúde individual e coletivo, modernizam-se os mecanismos de informação e comunicação sobre barreiras de acesso para os tomadores de decisão nos diferentes níveis de governo, incentivam-se as alianças inovadoras para a redução de iniquidades de acesso a serviços e o tratamento especial às minorias vulneráveis.

Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação

As autoridades sanitárias devem ter capacidade de desenvolver os recursos humanos em saúde pública adequados às necessidades de serviços individuais e coletivos. Estes recursos humanos requererão uma formação orientada a: identificar e avaliar as necessidades de serviços de saúde pública; definir e conduzir processos de certificação de profissionais e os processos de garantia de qualidade dos serviços de saúde individual e coletivo; contribuir para formar alianças estratégicas a fim de favorecer os processos de gestão de recursos humanos e desenvolvimento de liderança da saúde pública; desenvolver capacidades para o trabalho multidisciplinar em ambientes de diversidade cultural; desenvolver, formar e capacitar com valores éticos sociais baseados na equidade, solidariedade e respeito aos direitos e à dignidade das pessoas. Para apoiar o exercício desta função, devem-se manter e atualizar as bases de dados e análise do mercado de trabalho dos profissionais e

técnicos da saúde, a fim de apoiar o processo de tomada de decisão quanto às necessidades presentes e futuras.

Garantia de qualidade dos serviços de saúde individual e coletiva

As autoridades sanitárias devem ter capacidade para desenvolver sistemas de avaliação e garantia de qualidade mediante a geração de normas e padrões de qualidade para a estrutura, processo e resultado das ações de saúde individual e coletiva; incentivar a informação dos deveres e direitos dos usuários; estabelecer sistemas integrados ou interdependentes de gestão e avaliação de tecnologias para contribuir com a segurança, qualidade e o uso racional de recursos tecnológicos; incentivar o uso da metodologia científica para avaliar as intervenções em saúde em diferentes níveis de complexidade; e estimular os sistemas de avaliação da satisfação dos usuários e desempenho dos serviços de saúde.

Investigação em saúde pública

As autoridades sanitárias devem ter capacidade para incentivar a investigação e o uso de seus resultados no processo de tomada de decisões, bem como para desenvolver e usar soluções inovadoras em saúde pública cujo impacto possa ser medido e avaliado. O desenvolvimento desta função requer alianças estratégicas entre os diferentes atores do governo e da sociedade, para definir uma agenda estratégica de investigações que apóie os processos de tomada de decisão no exercício pleno da autoridade sanitária. Estimulam-se os processos de participação ativa para a formulação e uso das investigações, garantindo sua qualidade e oportunidade.

Redução do impacto de emergências e desastres

As autoridades sanitárias devem ter capacidade para desenvolver políticas de planificação e execução de ações para a mitigação, preparação

e reabilitação prévia para reduzir o impacto das emergências e desastres sobre a saúde pública, incentivando a participação intersetorial, setorial e a cooperação internacional. Estimula-se a produção de normas de construção e manutenção de instituições e serviços de saúde para a preparação de desastres e a redução da vulnerabilidade física e orgânica, o desenvolvimento de infra-estrutura e equipes em áreas suscetíveis a desastres, a produção de uma lista de medicamentos e insumos necessários em caso de emergência e/ou desastres, e o desenvolvimento de medidas de emergência sanitária em caso de epidemias.

Resultados da avaliação das Funções Essenciais da Saúde Pública no Brasil

O Ministério da Saúde do Brasil e a OPAS acordaram, no final de 2001, a aplicação do instrumento de Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP) no âmbito do SUS. Este acordo foi fruto de um amplo consenso entre os dirigentes do Ministério e as instâncias colegiadas do SUS. Para operacionalizar o processo de aplicação, a OPAS/OMS apoiou a formação de facilitadores e a simulação do processo antes da convocatória nacional. A medição de desempenho das FESP foi realizada de 15 a 17 de abril de 2002, com a participação de cerca de 65 dirigentes do SUS das três esferas de governo, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e do setor acadêmico.

Esta reunião foi organizada pelo Ministério da Saúde, com a colaboração da Representação da OPAS/OMS e da Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde OPAS/OMS. Este processo mostra o grau de compromisso do Ministério da Saúde com a iniciativa de saúde pública na região das Américas. O Ministério da Saúde e a OPAS/OMS destacaram, neste processo, seu compromisso de fortalecer o papel da autoridade sanitária para garantir serviços de saúde a todos os brasileiros e dar

seguimento aos acordos com relação ao uso da medição das FESP na elaboração de planos de desenvolvimento institucional para fortalecer o papel de condução e diretoria setorial.

O contexto da aplicação do instrumento de FESP realizou-se em função do exercício da autoridade sanitária nacional, incluído o desempenho das três esferas de governo. O instrumento utilizado contém as 11 Funções Essenciais de Saúde Pública. O informe preliminar dos resultados da aplicação do instrumento de FESP no Brasil destaca a opinião favorável dos participantes quanto à importância das FESP para o futuro desenvolvimento da saúde pública no país e o incentivo ao uso de processos de auto-avaliação, em nível nacional e sub-regional, para promover a construção de planos de desenvolvimento e fortalecimento da saúde pública. As diferentes submedições de estrutura, processo e resultados para cada função possibilitou aos gestores do SUS identificar seus pontos fortes e fracos num processo democrático, que lhes permitiu refletir sobre o grau de desenvolvimento institucional para exercer cada uma das FESP. Os participantes também opinaram criticamente sobre o instrumento de medição e suas limitações, para lograr uma avaliação mais detalhada da complexa realidade do sistema nacional de saúde, e ofereceram sugestões para seu melhoramento. Recomendou-se incentivar a aplicação do instrumento de FESP, adaptado aos níveis estatais, a fim de dar especificidade aos Planos de Desenvolvimento Institucional, de acordo com a diversidade e complexidade dos estados do Brasil.

O exercício das FESP no Brasil convocou os mais altos e qualificados dirigentes do SUS, da comunidade acadêmica e organismos colegiados, para garantir os resultados da medição em cada um dos grupos compostos.

- FESP com desempenho alto

FESP 6 – Fortalecimento da função de institucionalização e regulação da saúde pública; FESP 1 – Monitoramento e análise da situação da saúde; FESP 7

– Avaliação e promoção do acesso equitativo aos serviços de saúde e investigação em saúde pública.

A criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS) representou um passo decisivo no processo de modernização das funções reguladoras do setor saúde. No primeiro caso, orientado à regulação dos mercados públicos e privados de bens e serviços de saúde, e, no segundo, à regulação de um mercado de planos e seguros de saúde dirigidos a grupos com capacidade de pagamento direto ou indireto.

O monitoramento e análise da situação de saúde tem alto grau de inserção na gestão pública dos serviços de saúde coletiva, que apresenta profundas transformações com os processos de descentralização e especialização de funções da Fundação Nacional de Saúde. Um projeto de modernização de sua estrutura e funções encontra-se em curso para ser aprovado. O Brasil conta com excelentes instituições acadêmicas, que favorecem os processos de análise de situação da saúde e medição de desigualdades. A ABRASCO, a Rede de Informações para a Saúde (RIPSA – MS/OPAS) e as recentes redes de Observatórios especializados em reforma do setor saúde em nível de alguns estados conformam uma força crítica nacional que contribui para o alto grau de cumprimento desta função. Os gestores do SUS, em nível nacional, são conscientes da necessidade de fortalecer estas capacidades nos níveis subnacionais (estatais e municipais) para utilizar guias de monitoramento e avaliação integradas para garantir o sucesso de resultados com relação a doenças infecciosas, crônicas e degenerativas que afetam a população com diferente intensidade, segundo a região social e econômica.

A recente expedição e implementação da Norma Operacional de Assistência em Saúde (NOAS/2001) e os crescentes processos de habilitação da Gestão Plena dos Estados no Brasil influíram de forma substancial para dar uma alta qualificação a esta função. A NOAS/2001 incentiva a elaboração de Planos de Desenvolvimento Regional de Serviços de Saúde Individual e

Planos de Investimento para fortalecer, em especial, a atenção básica ampliada e os serviços de média complexidade em cada um dos estados. Esta Norma gera um processo de habilitação em função de um novo ordenamento regional para os serviços de saúde. Os processos de habilitação dos estados em gestão plena reconfiguram as responsabilidades da autoridade sanitária, dando ao Estado, como uma de suas funções, a de cooperação técnica para a harmonização e complementaridade dos planos regionais de saúde individual e coletiva. O Brasil utiliza modelos de avaliação nos quais constam informação epidemiológica, demográfica, social e econômica para os processos de planificação e gestão de serviços. Finalmente, neste grupo, a investigação para o desenvolvimento da saúde pública conta com instituições como FIOCRUZ, FUNASA e ABRASCO, que contam com uma agenda nacional de investigação elaborada em função de prioridades nacionais. Os resultados das investigações contribuem para o processo de formulação de políticas e para a gestão pública dos serviços oferecidos pelo SUS.

- FESP com desempenho médio alto

FESP 4 – Participação dos cidadãos em saúde; FESP 2 – Vigilância e investigação de controle de riscos e danos em saúde; FESP 3 – Promoção da saúde; FESP 5 – Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional para a gestão da saúde pública.

Estas funções apresentam grandes pontos fortes e uma capacidade potencial de superação de obstáculos com relação à planificação e gestão dos processos de saúde coletiva. Identificaram-se possibilidades de melhoria na capacidade e uso da rede de laboratórios de saúde pública; na capacidade e uso da epidemiologia, demografia e enfoques de promoção da saúde na autoridade sanitária estatal em apoio aos planos regionais de saúde; e a potencialidade de gerar mudanças, o desenvolvimento da capacidade e competência dos sistemas de saúde pública, em especial no nível das Secretarias Estaduais de Saúde.

- FESP com desempenho médio baixo

FESP 8 – Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública; FESP 9 – Garantia de qualidade de serviços de saúde individuais e coletivos, e a redução do impacto de emergências e desastres em saúde.

O desenvolvimento dos recursos humanos tem um grande desafio para lograr uma substancial melhoria da qualidade da força de trabalho e dos processos de educação contínua e de pós-graduação em saúde pública relacionados com a diversidade cultural e social do Brasil.

O exercício das FESP permitiu identificar a necessidade de trabalhar de forma urgente para melhorar os sistemas de gestão tecnológica e avaliação de tecnologias em saúde para apoiar os processos de tomada de decisão e avançar na cooperação técnica, a fim de garantir a qualidade dos serviços de saúde individual e coletiva.

Recomendações

Os pontos fortes do SUS no Brasil identificados pelo instrumento de FESP permitem afirmar que existe uma alta capacidade institucional para enfrentar os seguintes desafios:

- Consolidar e aprofundar a aplicação da planificação e gestão de serviços individuais de saúde com enfoque regionalizado, orientado à redução de iniquidades de acesso, incentivando o uso de ferramentas de medição de desigualdades para o desenvolvimento dos planos de regionalização e investimento em saúde.

- Impulsionar a complementaridade da Noas/2001, com uma proposta orientada a fortalecer e gerar capacidades para a planificação e gestão dos serviços de saúde coletiva com enfoque macro e microrregional, incentivando os processos de participação social, a intersetorialidade e novos enfoques de financiamento e pagamento para a saúde coletiva.

- Esboçar e implementar uma estratégia para fortalecer as funções reguladoras sobre Gestão e Avaliação de Tecnologias no âmbito do SUS e dos sistemas de seguro privado; incentivar o uso de protocolos e normas clínicas orientados a evitar condutas evitáveis ou desnecessárias.

- Fortalecer a capacidade institucional dos gestores do SUS para garantir a qualidade dos serviços de saúde individual e coletiva, com ênfase na atenção básica e saúde da família e nos serviços críticos de média e alta complexidades.

- Gerar um plano integral de desenvolvimento de recursos humanos como fator essencial de qualidade institucional para renovar as capacidades dos gestores do SUS em relação a manter os pontos fortes e superar os pontos fracos identificados no exercício das FESP.

- Incentivar o uso e a aplicação das FESP no nível dos estados para apoiar os processos de modernização das Secretarias Estatais e a elaboração de planos de desenvolvimento da saúde pública.

Bibliografia

- BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F. & VIANNA, S. M. *Política de Saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 1996. (Texto para Discussão nº 401.)
- BRASIL. Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica/Escritório de Pesquisa Econômica Aplicada (Epea). *Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social*. Previdência Social Diagnóstico Preliminar, abr., 1966.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de Coordenação das Atividades de Proteção e Recuperação da Saúde*. Rio de Janeiro, 1968.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde*. Brasília, 1973.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Saúde. *Anais da V Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1975.
- BRASIL. Ministério da Saúde/Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (Pias). *Exposição de Motivos Interministerial nº 229, de 18/08/1976*. Brasília, 1976. (Mimeo.)
- BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). *O Brasil na Virada do Milênio*. Brasília: Ipea, jul., 1977. v. II.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 2. ed. *Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de*

- Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, rede de megapaíses e Declaração do México.* Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)*. Brasília: Impresso Publicação da Diretoria de Projetos da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, jul., 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Vamos Promover nossa Saúde?* Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: documento para discussão*. Secretaria de Políticas de Saúde, nov.- dez., 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Análise de Alguns Aspectos do Processo de Descentralização no Sistema Único de Saúde*. Ministério da Saúde (Secretaria de Assistência à Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde), s.d.
- CAMPOS, O. *Planejamento Setorial de Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação de Recursos Humanos para a Saúde, s.d. (Departamento de Administração e Planejamento.)
- DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- GENTILE DE MELLO, C. *Saúde e Assistência Médica no Brasil*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1977.
- LUZ, M. T. *As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- MACHADO, M. H. (Coord.) *Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.
- NUNES, A. et al. (Coords.) *Medindo as Desigualdades em Saúde no Brasil*. Brasília: Opas/OMS/Ipea., 2001.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). *La Salud en las Américas, 2002 Brasil*. Brasília, 2002. (Situação geral e de saúde e tendências.)
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). *La Salud Pública en las Américas, nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Washington, D.C.: Opas, nov.-dez., 2002.
- PIOLA, S.; VIANNA, S. M. & VIVAS, D. C. *Tendências do Sistema de Saúde no Brasil (Estudo Delpbi)*. Brasília: Instituto de Pesquisas Econômica Aplicada (Ipea), 2001.
- PIOLA, S.; VIANNA, S. M. & OSÓRIO, R. G. *Saúde no Brasil na Década de 1990*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), jun., 2002.
- PORTO, S. M. et al. *Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos (Relatório Final)* Rio de Janeiro: Fiocruz (Fundação Ensptec), jan., 2002.
- RODRIGUES, B. de A. *Fundamentos de Administração Sanitária*. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1967.
- SILVA, F. A. R. da & MAHAR, D. *Saúde e Previdência Social: uma análise econômica*. Rio de Janeiro: Ipea/Inpes 1974. (Relatório de Pesquisa, 21.)
- SINGER, P.; CAMPOS, O. & OLIVEIRA, E. M. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

- VIANNA, S. M. *A Problemática Administrativa do Setor Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Superior de Guerra, 1971. (Trabalho de Turma, TTI-123-71.)
- VIANNA, S. M. *A Assistência Odontológica no Sistema Nacional de Saúde*, 1977. Brasília: Tese de Livre Docência apresentada ao Instituto de Patologia Tropical da Universidade Federal de Goiás.
- VIANNA, S. M. *Revisitando a Distribuição de Encargos na Saúde entre Esferas de Governo* (Projeto PNUD BRA/97/013 – Financiamento e gestão na área da saúde) Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), maio 2000. (Mimeo.)