

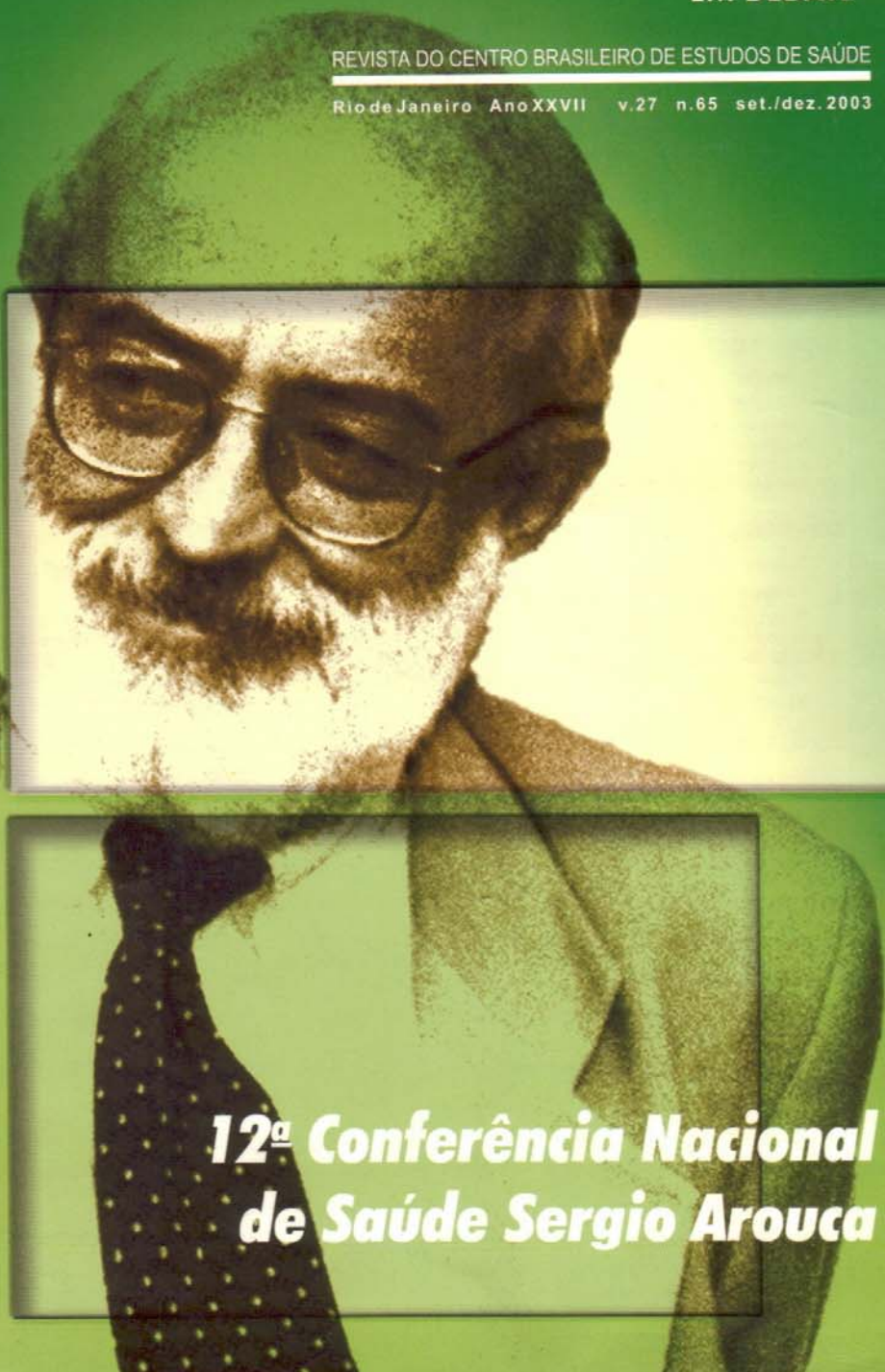
ISSN 0103-1104

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Rio de Janeiro Ano XXVII v.27 n.65 set./dez.2003



**12ª Conferência Nacional
de Saúde Sergio Arouca**

PUBLICAÇÃO QUADRIMESTRAL EDITADA PELO

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)

Diretoria Nacional

Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Manguinhos

21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Tel.: (21) 3882-9140, 3882-9141

Fax.: (21) 3104-7251

E-mail: cebes@ensp.fiocruz.br

Home page: <http://www.ensp.fiocruz.br/parcerias/cebes/cebes.html>

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2003-2006)

Presidente	Sarah Escorel (RJ)
1ª Vice-Presidente	José Gomes Temporão (RJ)
2ª Vice-Presidente	Carlos Octavio Ocké Reis (RJ)
3ª Vice-Presidente	Rita Sório (DF)
4ª Vice-Presidente	Jacob Portela (RJ)
1ª Suplente	Maria Ceci Misoczky (RS)
2ª Suplente	Carmen Teixeira (BA)

CONSELHO FISCAL

Anamaria Testa Tambellini (RJ), Áquilas Nogueira Mendes (SP) & Nelson Rodrigues dos Santos (SP)

CONSELHO CONSULTIVO

Ary Carvalho de Miranda (RJ), Eduardo Jorge Alves Sobrinho (SP), Gastão Wagner de Souza Campos (SP), Gilson Cantarino O'Dwyer (RJ), Gilson de Cássia M. de Carvalho (SP), Hésio de Albuquerque Cordeiro (RJ), Jairnilson da Silva Paim (BA), Jorge Antônio Zepeda Bermudez (RJ), José Carvalho de Noronha (RJ), José Ruben de Alcântara Bonfim (SP), José da Rocha Carvalheiro (SP) Roberto Passos Nogueira (DF), Sebastião Loureiro (BA), Sonia Maria Fleury Teixeira (RJ), Volnei Garrafa (DF)

CONSELHO EDITORIAL

Coordenador: Emerson Elias Merhy (SP)

Ana Maria Malik (SP), Carlos Botazzo (SP), Célia Maria de Almeida (RJ), Francisco Antonio de Castro Lacaz (SP), José Augusto Cabral de Barros (PE), Lia Giraldo da Silva Augusto (PE), Lígia Bahia (RJ), Lígia Giovanella (RJ), Luis Cardoni Júnior (PR), Luiz Augusto Facchini (RS), Luís Carlos de Oliveira Cecílio (SP), Maria Cecília de Souza Minayo (RJ), Naomar de Almeida Filho (BA), Nilson do Rosário Costa (RJ), Paulo Duarte de Carvalho Amarante (RJ)

SECRETARIA EXECUTIVA

Ana Cláudia Gomes Guedes & Renata Machado da Silveira

EDITOR

Emerson Elias Merhy

EDITORA EXECUTIVA

Ana Cláudia Gomes Guedes

INDEXAÇÃO

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)

Os artigos sobre História da Saúde estão indexados pela Base HISA – Base Bibliográfica em História da Saúde Pública na América Latina e Caribe

PUBLICATION EDITED EVERY FOUR MONTHS BY

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)

National Board of Directors

Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Manguinhos

21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brazil

Tel.: (21) 3882-9140, 3882-9141

Fax.: (21) 3104-7251

E-mail: cebes@ensp.fiocruz.br

Home page: <http://www.ensp.fiocruz.br/parcerias/cebes/cebes.html>

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2003-2006)

President	Sarah Escorel (RJ)
1 st Vice-President	José Gomes Temporão (RJ)
2 nd Vice-President	Carlos Octavio Ocké Reis (RJ)
3 rd Vice-President	Rita Sório (DF)
4 th Vice-President	Jacob Portela (RJ)
1 st Substitute	Maria Ceci Misoczky (RS)
2 nd Substitute	Carmen Teixeira (BA)

FISCAL COUNCIL

Anamaria Testa Tambellini (RJ), Áquilas Nogueira Mendes (SP) & Nelson Rodrigues dos Santos (SP)

ADVISORY COUNCIL

Ary Carvalho de Miranda (RJ), Eduardo Jorge Alves Sobrinho (SP), Gastão Wagner de Souza Campos (SP), Gilson Cantarino O'Dwyer (RJ), Gilson de Cássia M. de Carvalho (SP), Hésio de Albuquerque Cordeiro (RJ), Jairnilson da Silva Paim (BA), Jorge Antônio Zepeda Bermudez (RJ), José Carvalho de Noronha (RJ), José Ruben de Alcântara Bonfim (SP), José da Rocha Carvalheiro (SP) Roberto Passos Nogueira (DF), Sebastião Loureiro (BA), Sonia Maria Fleury Teixeira (RJ), Volnei Garrafa (DF)

PUBLISHING COUNCIL

Coordinator: Emerson Elias Merhy (SP)

Ana Maria Malik (SP), Carlos Botazzo (SP), Célia Maria de Almeida (RJ), Francisco Antonio de Castro Lacaz (SP), José Augusto Cabral de Barros (PE), Lia Giraldo da Silva Augusto (PE), Lígia Bahia (RJ), Lígia Giovanella (RJ), Luis Cardoni Júnior (PR), Luiz Augusto Facchini (RS), Luís Carlos de Oliveira Cecílio (SP), Maria Cecília de Souza Minayo (RJ), Naomar de Almeida Filho (BA), Nilson do Rosário Costa (RJ), Paulo Duarte de Carvalho Amarante (RJ)

EXECUTIVE SECRETARIES

Ana Cláudia Gomes Guedes & Renata Machado da Silveira

PUBLISHER

Emerson Elias Merhy

EXECUTIVE PUBLISHER

Ana Cláudia Gomes Guedes

INDEXATION

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)

The articles about Health History are indexed according to the HISA Base – Base Bibliográfica em História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Bibliographic Base on History in Latin America and the Caribbean)

Apoio



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

A Revista Saúde em Debate é
associada à Associação Brasileira
de Editores Científicos



REVISÃO DE TEXTO

Maria Fernanda Magro Dionysio — português e revisão tipográfica,
Sonia Regina P. Cardoso — português e revisão tipográfica,
Nívea Segretto — português e revisão tipográfica &
Juliana Monteiro Samel — inglês

CAPA, DIAGRAMAÇÃO E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA

Adriana Carvalho & Carlos Fernando Reis da Costa

IMPRESSÃO E ACABAMENTO

TIRAGEM

3.000 exemplares

Esta revista foi impressa no Rio de Janeiro em março de 2004.

Capa em papel couche 180 gr

Miolo em papel off set 75 gr

PROOFREADING

Maria Fernanda Magro Dionysio — portuguese & proofreading,
Sonia Regina P. Cardoso — portuguese & proofreading,
Nívea Segretto - portuguese & proofreading &
Juliana Monteiro Samel — english

COVER, LAYOUT AND DESK TOP PUBLISHING

Adriana Carvalho & Carlos Fernando Reis da Costa

PRINT AND FINISH

NUMBER OF COPIES

3,000 copies

This publication was printed in Rio de Janeiro on march, 2004.

Cover in couche paper 180 gr

Core in off set paper 75 gr

Saúde em Debate, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES — v.1 (out./nov./dez. 1976)
— São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 2003.

v. 27; n. 65; 27 cm

Quadrimestral
ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES

CDD 362.1

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Rio de Janeiro v. 27 n. 65 set./dez. 2003

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

SUMÁRIO / SUMMARY

EDITORIAL / EDITORIAL 182

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

A saúde é um direito !

Health is a right !

Carlos Emmanuel F. Bartolomei, Mariana S. de Carvalho & Maria Célia Delduque 184

Promoção da Saúde e Intersetorialidade: contribuições e limites da vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS)
Health Promotion and Different Sectors: contributions and limitations of Worker Health surveillance within the Unified Health System (SUS)

Marcelo Firpo de S. Porto, Francisco A. de C. Lacaz & Jorge Mesquita H. Machado 192

As três esferas de governo e a construção do SUS: uma revisão

The three spheres of government and the building of SUS: a revision

Celia Almeida 207

Descentralização e accountability em uma Região de Saúde

Decentralization and accountability in a Health District

Juliano de Carvalho Lima 221

Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde

Needs, demand and offer: a few contributions on the meaning, sense and value in the construction of integrality within the Health Sector reform

José Paulo V. da Silva, Roseni Pinheiro & Felipe Rangel de S. Machado 234

Avaliação das características organizacionais dos serviços de Atenção Básica em Petrópolis: teste de uma metodologia

Evaluation of the Primary Care services organization in Petrópolis: a methodological test

James Macinko, Célia Almeida & Eliane Oliveira 243

A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços

The change in the model of health care in SUS: untying knots and creating links

Carmen Fontes Teixeira 257

Porta de entrada pela Atenção Básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde

Entrance through Basic Care? Integration of the Family Health Program to the network of health services

Lígia Giovanella, Sarah Escorel & Maria Helena Mendonça 278

Educação permanente de profissionais em saúde mental: competências para o trabalho interdisciplinar

Permanent education of mental health professionals: competencies for interdisciplinary work

João Paulo Lyra da Silva & Cláudia Mara de M. Tavares 290

Trabalho em Saúde: quem implementa o Sistema Único de Saúde no hospital universitário conhece sua filosofia?

Work in Health: do those who make the Unified Health System work in the university hospital know its philosophy?

Islândia M. C. de Sousa, Adriana F.B. Bezerra & Ana Paula de O. Marques 302

Recursos Humanos em Saúde: reflexões sobre o cotidiano do SUS que temos e as possibilidades do SUS que queremos

Humans Resources in Health: reflections about everyday life in the SUS we have and the possibilities in the SUS we want

Denise R. Bourguignon, Geruza R. P. Tavares, Liliana Graça Santana, Marta Z. e Silva, Rita de Cássia D. Lima & Scheila S. Rasch 310

Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos technoassistenciais

For a Technical Composition of Health Work Based on the Relationship Field and Light Technology. Pointing to Changes in the Technical-Assistance Models

Emerson Elias Merhy & Túlio B. Franco 316

O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais

The building process of social control in the Brazilian Unified Health System and administration in institutional areas

Marluce Maria Araújo Assis 324

Gestão participativa em saúde: potencialidades e desafios para o aprofundamento da democracia

Participative management in health: potentialities and challenges for deepening democracy

Maria Ceci Misoczky 336

Controle Social: de quem? Para o quê?
Social control: of who? For what?
Soraia Dornelles & Maria Teresa Locks 348

Controle Social na Saúde: construindo a Gestão Participativa
Social Control in Health: building a Participative Administration
Ana Maria Costa & José Carvalho de Noronha 358

A participação popular na vigilância sanitária para a garantia do
direito à saúde
Popular participation in health surveillance as a guarantee of the
enforcement of the right to health
Sueli Gandolfi Dallari 364

Alocação Equitativa de Recursos Financeiros: uma alternativa para
o caso brasileiro
Equity in the distribution of financial resources: an alternative for
the Brazil case
Silvia M. Porto, Francisco Viacava, Célia Landmann Szwarcwald,
Mônica Martins, Claudia Travassos, Solon Magalhães Vianna,
Sérgio Piola, Maria Alicia Ugá & Cid Manso Vianna 376

Os (Des) caminhos do financiamento do SUS
The Sinuous ways of SUS financing
Áquilas Nogueira Mendes e Rosa Maria Marques 389

O SUS que temos e a informação como estratégia de (in)visibilidade
The SUS we have and information as strategy of (in)visibility
Fábio L. Tavares, Mariana R. Laignier, Raphaella F. Daros, Marta Zorzal
da Silva e Rita de C.D Lima 405

ARTIGOS DE OPINIÃO / OPINION ARTICLES

Seguridade Social: a agenda pendente
Social Security: incomplete agenda
Sonia Fleury 414

O Financiamento do SUS
SUS Financing
Elias Jorge 425

DOCUMENTOS / DOCUMENTS

Transgênicos: decisões açodadas envolvendo uma questão de perigo que
exige maior segurança
Transgenic: diligent decisions involving a matter of danger that requires
greater security 429

Carta Aberta ao Presidente Luis Inácio Lula da Silva
Open Letter to President Luis Inácio Lula da Silva 431

1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica:
um olhar sobre os acontecimentos
1st National Conference of Medications and Pharmaceutical Assistance:
an eye on the news 433

Convocatória do IX Congresso da Associação Latino-americana de
Medicina Social (ALAMES)
Call for the 9th Latin-American Association Social Medicine (ALAMES)
Congress 437

EDITORIAL

Este número da revista *Saúde em Debate* foi elaborado especialmente para a 12ª Conferência Nacional de Saúde Sergio Arouca. Agradecemos a todos os que responderam à nossa convocatória para o envio de artigos relacionados com os dez eixos temáticos da Conferência. Recebemos um número muito maior do que foi possível publicar, mas fizemos um esforço para não ‘desperdiçar’ qualquer contribuição. Por isso, a revista está com um número de páginas muito maior do que o habitual e com mais do dobro de artigos. Os textos enviados, para os quais os pareceristas sugeriram modificações, impossíveis de serem realizadas no curto tempo disponível, serão publicados nos próximos números de nossa *Saúde em Debate*.

Com a nova metodologia da Conferência, para esta 12ª edição, não foram encomendados textos que subsidiassem o debate. Desta vez os delegados terão o Consolidado dos Relatórios Finais das Conferências Estaduais de Saúde como documento de base para suas deliberações. Assim, este número de *Saúde em Debate* pode ser considerado, ao nosso ver, como os ‘Cadernos da 12ª’.

Nem todos os eixos temáticos foram abordados pelos autores e sobre alguns temas há mais artigos do que sobre outros. Isso permite analisar a relação entre a produção de conhecimento, as necessidades da população e as demandas da gestão em suas respostas ao tema central “A saúde que temos, o SUS que queremos”. Tempos diferentes de elaboração e de respostas é a confluência, que confere a característica central do Movimento da Reforma Sanitária: a convergência das práticas política, científica e ideológica para a transformação das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira.

A posição política do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) será apresentada, em conjunto com a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), no documento “Saúde, justiça e inclusão social”, a ser distribuído aos delegados.

Apresentamos neste número, sob a denominação de Carta em Defesa da Saúde do Povo Brasileiro, o documento elaborado na reunião de 13 de setembro de 2002 – em pleno processo eleitoral para presidente da República, governadores, parlamentares federais e estaduais. Avaliamos que, mesmo tendo sido publicada na *Saúde em Debate* 62, contém considerações e propostas atinentes a quase todos os eixos temáticos da 12ª Conferência. Julgamos que o texto continua representando nosso ideário a ser conquistado, nossa ‘utopia’ a ser alcançada.

Essas são as nossas contribuições no sentido de sempre produzir e divulgar conhecimento e intervir politicamente na defesa da Saúde como um direito de cidadania e como um bem comum. Mas, é preciso um salto de qualidade na forma como a saúde é distribuída e usufruída em nosso país. É preciso fazer chegar o ideário da Reforma Sanitária ao cidadão no seu dia-a-dia. Essa é, ao nosso ver, a nossa tarefa e a tarefa do governo.

A Diretoria Nacional

EDITORIAL

This issue of *Saúde em Debate* was specially prepared for the 12th Sergio Arouca National Health Conference. We thank all who have answered our call to send articles related to the Conference's ten theme axles. We have received a much greater number than what it was possible to publish and we have made every effort to avoid 'wasting' any contributions. Therefore, the magazine has many more pages than the usual, with double the number of articles. Texts forwarded to which modifications were suggested by the revisers, impossible to be carried out under the short available time, shall be published in the next issues of our *Saúde em Debate*.

With the new Conference methodology, for this 12th issue, no texts subsidizing the debate were requested. This time the delegates shall have the Health State Conferences Final Reports consolidated as the base document for their deliberations. Thus, this issue of *Saúde em Debate* may be considered, in our point of view, as the '12th's Books'.

Not all theme axles were discussed by the authors and regarding some themes there are more articles than others. This allows the analysis of the relationship between the product of knowledge, population's needs and the management demand in the response to the central theme - "The health we have, the Unified Health System we have", different times for the preparation and the responses is the confluence that grants the central characteristic of the Sanitary reform movement: the convergence of political, scientific and ideological practices in order to transform health conditions and attention to the health of the Brazilian population.

The political position of the Health studies Brazilian Center (*Centro Brasileiro de Estudos de Saúde* – CEBES) shall be presented, along with that of the Brazilian Association of Post-graduation in Collective Health (*Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva* – ABRASCO) in the document "health, justice and social inclusion" to be distributed to delegates.

We present in this issue, under the denomination of Letter in Defense to the Health of the Brazilian People, the document prepared in the meeting held on 13th September 2002 – during the voting process to choose the President of the Republic, governors, federal and state deputies. We have evaluated that, even if published in *Saúde em Debate* 62, it contains considerations and proposals pertinent to almost all them axles of the 12th Conference. We therefore, think that the text remains representative of our ideals to be conquered, our 'utopia' to be reached.

These are our contributions in order to always produce and disclose knowledge and politically intervention in defense of Health as a citizenship right and as a common asset. But it is necessary a considerable quality improvement in the way how health is distributed and enjoyed in our country. It is necessary to make the ideal Sanitary reform reach the citizen in his/her day-to-day routine. This is, in our view, our task and the task of the government.

The National Board

A Saúde é um Direito!

Health is a Right!

Carlos Emmanuel Fontes Bartolomei¹

Mariana Siqueira de Carvalho²

Maria Célia Delduque³

¹ Consultor BIREME/OPAS/OMS, editor executivo da revista de direito sanitário *Journal of Health Law* do Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário e Núcleo de Pesquisas de Direito Sanitário da Universidade de São Paulo (USP), bacharel em Direito, pós-graduando da USP Rua Ministro Sinésio Rocha, 198 – Sumaré CEP 05030-000 – São Paulo – SP e-mail: bartusp@usp.br

² Oficial de Chancelaria, técnica de Cooperação Técnica Recebida Multilateral (CTRM), Agência Brasileira de Cooperação (ABC), do Ministério das Relações Exteriores (MRE), bacharel em Direito pela Universidade de Brasília (UnB), especialista em Direito Sanitário pela Universidade de São Paulo (USP), mestranda em Direito Público pela Universidade de Brasília SQS 315 – Bl. G – Ap. 302 CEP: 70384-070 – Brasília – DF e-mail: marianac@abc.mre.gov.br

³ Advogada do Núcleo de Direito Sanitário da Diretoria (DIREB) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em Brasília, especialista em Direito Sanitário pela Universidade de São Paulo (USP), mestranda em Gestão e Planejamento em Meio Ambiente na Universidade Católica de Brasília SHIS QI –03 Conjunto 5 Casa 9 CEP: 71605-250 – Brasília – DF e-mail: delduque@coreb.fiocruz.br

RESUMO

Traça-se uma retrospectiva dos direitos fundamentais até o direito à saúde, trazendo a visão de como os direitos fundamentais estão dispostos na Constituição Federal de 1988, como os direitos sociais fazem parte deste rol e como o direito à saúde é tratado pelo ordenamento jurídico nacional. Salieta-se a necessidade de implementação do direito à saúde pela vontade política para realizar políticas públicas.

DESCRIPTORES: *Direito à Saúde; Direito Sanitário; Legislação Sanitária.*

ABSTRACT

This article aims present a retrospective of fundamental rights up until the right to health, bringing forward the view of how fundamental rights are approached in the 1988 Brazilian Constitution, how social rights integrate them and how the right to health is regarded by the National Law. The need to implement the right to health through political will to realize public policies is reinforced.

DESCRIPTORS: *Right to Health; Health Law; Legislation Health.*

O DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL

A idéia de direito humano sempre esteve presente nas sociedades, seja por razões religiosas ou filosóficas. Portanto, faz-se necessário conhecer a evolução da idéia de direito humano e de direito fundamental para que se possa compreender a moderna noção do Direito à Saúde.

O primeiro documento estatal a proteger os direitos fundamentais é espanhol, concedido pelo rei Afonso IX, nas cortes de Leão, em 1188, que, já na época, protegia os bens dos súditos, tais como a vida, a honra e a propriedade. Contudo, o mais famoso texto é da Idade Média, esboçando as linhas iniciais de garantia aos direitos fundamentais, a Magna Carta de João-Sem-Terra (*Magna Charta Libertatum*), elaborada no ano de 1215, na Inglaterra. Muito embora os direitos não fossem assegurados a todos os súditos, apenas às classes privilegiadas, proprietárias de terras e capazes de ler em latim,¹ o texto restringia o poder do monarca e apresentava as primeiras chamadas de garantia de direitos.

A partir de então e antes do liberalismo, começaram a surgir numerosas declarações visando garantir aos súditos determinados direitos, como a liberdade de expressão e a liberdade política. Como exemplos ingleses desses documentos pode-

mos citar o *Petition of Rights* (Petição de Direitos) de 1668, Ata de *Habeas Corpus* de 1679 e *Bill of Rights* (Declaração de Direitos) de 1689. Embora a concessão dos direitos assegurados nessas declarações ficasse condicionada à vontade do soberano, é indiscutível que houve um avanço, que fará das revoluções liberais do século XVIII o marco inicial da fase das reivindicações dos direitos humanos dos oprimidos contra os opressores e da

AO LADO DOS DIREITOS INDIVIDUAIS JÁ GARANTIDOS PELO ESTADO LIBERAL, SURGE UM NOVO ELENCO DE DIREITOS, OS DIREITOS SOCIAIS

constitucionalização dos direitos fundamentais. Assim, os ex-colonos ingleses que viviam na América editaram suas declarações de direito e, do mesmo modo, os burgueses franceses, ao tomarem o poder político dos nobres, aprovaram sua declaração. A Declaração de Direitos da Virgínia, de 1776, decorrente da Revolução Americana, e a Declaração Universal dos Direitos

do Homem e do Cidadão, de 1789, decorrente da Revolução Francesa protegiam os direitos em uma acepção individualista, isto é, a função do Estado restringia-se apenas a proteger a propriedade e a segurança dos indivíduos, e as relações sociais e econômicas desenvolviam-se sem a interferência estatal. Foi a fase da consagração dos direitos de liberdade.

No entanto, não era suficiente apenas garantir a liberdade formal dos indivíduos, precisava-se avançar mais. Com a revolução industrial iniciada em meados do século XIX ficou evidente a necessidade de reconhecer certos direitos sociais derivados das reclamações resultantes dos problemas sociais e econômicos surgidos com a industrialização. Assim, ao lado dos direitos individuais já garantidos pelo Estado Liberal, surge um novo elenco de direitos, os direitos sociais.

Após a Segunda Guerra Mundial, quando o mundo inteiro ficou estarecido com as atrocidades sofridas durante o conflito, começou-se a questionar as condições humanas e a necessidade de garantia efetiva dos direitos humanos. Os Estados viram-se obrigados a dar sentido concreto aos direitos sociais. Tal movimento iniciou-se com a própria Organização das Nações Unidas (ONU), que elaborou a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) em 1948,

¹ O texto da *Magna Charta Libertatum* era escrito em latim, sendo traduzido para o inglês somente no século XVI.

“fonte mais importante das modernas constituições” (SÜSSEKIND, 1986 p.21) estabelecendo um vasto campo de dispositivos referentes aos direitos sociais, em especial à saúde, a saber:

Art. XXV – Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

A partir desses documentos, os ordenamentos jurídicos de cada país tenderam a garantir internamente os direitos fundamentais (sem perder de vista a necessidade conjunta de internacionalização), sob uma perspectiva de generalização (extensão da titularidade desses direitos a todos os indivíduos). Fruto desse processo, a Constituição brasileira de 1988 é um marco no que tange à garantia dos direitos fundamentais. Em seu Título II – Dos Direitos e Garantias Fundamentais, o texto constitucional desfia um rol desses direitos, que vão desde os direitos fundamentais de primeira geração, passando pelos de segunda geração até os de terceira geração.²

Bobbio (1992. p.21) assevera que os ditos direitos fundamentais, de primeira geração, consistem em li-

berdades; os direitos sociais, de segunda geração, consistem em poderes, que se realizam por intermédio da imposição de obrigações a outros, incluído o poder público, e os de terceira geração são os direitos individuais e coletivos inexistindo determinação de seus titulares. Schwartz (2003. p.118) particulariza esta idéia com a saúde, esclarecendo que esta é um direito de primeira geração, caracterizado pela titularidade individual e pela possibi-

AS NORMAS SOBRE
DIREITOS FUNDAMENTAIS
CONCRETIZAM-SE POR
INTERMÉDIO DO AGIR POLÍTICO,
SOBRETUDO EM SUA
DIMENSÃO SOCIAL

lidade de ser oposto à vontade do Estado e que por isso se torna um direito irrenunciável, indisponível e inalienável. Esclarece também que a saúde é um direito de segunda geração porque está ligada a um pensamento preventivo e que, portanto, constitui uma vinculação direta e orgânica aos poderes instituídos. Aduz ainda o autor que a saúde é compreendida como direito de tercei-

ra geração, pois tanto diz respeito à individualidade como à coletividade, em uma idéia de direito difuso.

A Constituição Federal do Brasil erigiu a dignidade da pessoa humana a um princípio fundamental. Este é o núcleo informador do ordenamento jurídico brasileiro e o critério de valoração a orientar a interpretação e compreensão do sistema instaurado em 1988. Ou seja:

A dignidade humana e os direitos fundamentais vêm constituir os princípios constitucionais que incorporam as exigências de justiça e dos valores éticos, conferindo suporte axiológico a todo sistema jurídico brasileiro. (BARROS, 1996. p.141)

No entanto, para a realização do direito à saúde e demais direitos fundamentais não é suficiente que os mesmos estejam consagrados na Constituição; eles precisam ser vividos indivíduo a indivíduo na sociedade e estará tanto mais cumprido quanto mais os indicadores sociais refletirem condições ideais de vida para todos. Assim, as normas sobre direitos fundamentais concretizam-se por intermédio do agir político, sobretudo em sua dimensão social. É fácil perceber que a efetivação desses direitos torna-se uma questão de operação sistêmica de uma política de direitos fundamentais e que se de um lado está o direito à saúde, constitucionalmente estabelecido, do outro está o dever

² Classificação segundo a Teoria da Geração de Direitos, extraída dos ensinamentos de Norberto Bobbio.

do Estado em garantir o gozo desse direito à população, por intermédio da adoção de políticas públicas que têm como instrumentos de realização o arcabouço legal, a execução de ações e a eleição de prioridades.

ACEPÇÕES DOS TERMOS 'DIREITO' E 'SAÚDE'

Tem o Estado a missão de assegurar a dignidade da pessoa humana, por meio da concretização da igualdade em situações reais. Assim, no que se refere à saúde, direito humano e fundamental, deixa de ser mero garantidor de direitos e liberdades individuais para ser protagonista de prestações positivas que são implementadas mediante políticas e ações estatais. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, quando do preâmbulo de sua Constituição proclamou que “saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou outros agravos”, ofereceu a matriz embrionária ao ordenamento jurídico constitucional da atualidade, que acolheu o conceito sob dupla perspectiva: a individual, de busca de ausência de moléstia e a coletiva, de promoção da saúde em comunidade. Essa confluência das duas dimensões, individual e coletiva, do direito à saúde é que permite estabelecer algum critério na diferenciação das expressões geralmente utilizadas para se referir a

esse tema: Direito à Saúde, Direito da Saúde e Direito Sanitário.

O direito à saúde pode ser conceituado como o valor ideal da experiência humana, tanto na dimensão individual como na coletiva, erigido a preceito constitucional.

Já o direito da saúde é conceituado como o conjunto de normas jurídicas que regulam as atividades sanitárias estatais e definem os meios de que o Estado dispõe para concretizar esse direito, desde a defini-

A CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DO BRASIL ADOTOU O ENTENDIMENTO DE QUE SAÚDE É UM DIREITO ADVINDO DA CONDIÇÃO DE PESSOA HUMANA, INDEPENDENTEMENTE DE QUAISQUER OUTRAS CONDIÇÕES

ção dos aspectos organizacionais e operacionais do sistema de saúde, o estabelecimento da forma e dos critérios a serem observados na formulação e implementação das políticas de saúde até as normas específicas aplicáveis a bens e serviços de interesse à saúde. É o sistema de normas jurídicas que disciplinam as situações que têm a saúde por objeto e regulam a organização e o funcionamento das instituições destinadas à promoção e defesa da saúde.

E, por fim, o direito sanitário, conceituado como o estudo interdisciplinar que permite aproximar conhecimentos jurídicos e sanitários. Em outras palavras, é a disciplina que estuda o conjunto de normas jurídicas que estabelecem direitos e obrigações em matéria de saúde.

É no escopo do direito da saúde que está o tratamento jurídico do tema em toda a sua complexidade de planos constitucional, legal, administrativo, regulatório, civil, penal e internacional. É a legislação em saúde, muito embora este termo tenha um sentido estreito que não alberga a acepção jurídica em toda a sua amplitude, como as fontes do direito, os usos e costumes, a interpretação da literatura doutrinária nem a sucessão convergente e coincidente de decisões judiciais ou de resoluções administrativas (jurisprudência).

FUNDAMENTOS DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Como dito, a Constituição da República do Brasil adotou o entendimento de que saúde é um direito advindo da condição de pessoa humana, independentemente de quaisquer outras condições, redundando na afirmação de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. O modelo de saúde adotado pela ordem jurídica brasileira trouxe um enfoque das ações de saúde pública, não mais com ações pre-

dominantemente curativas, mas com ações preventivas e a idéia de que as doenças não têm apenas causas biológicas, mas também causas sociais: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais. Além disso, o texto constitucional reconheceu a essência coletiva do direito à saúde, condicionando sua garantia à execução de políticas públicas:

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

Mas, enquanto o legislador constituinte não almejou construir um Estado de modelo neoliberal – e para averiguar esta afirmativa basta a leitura dos artigos 1º a 4º da Constituição – o Poder Executivo apoiado pelo Legislativo tem caminhado na direção contrária, mediante a transferência da prestação dos serviços públicos para a iniciativa privada.³

COMPETÊNCIA EM MATÉRIA DE SAÚDE

“O Brasil é uma República Federativa, isto é, optou pela Federação como forma de organização político-administrativa” (SILVA, 1995.

p. 101). O federalismo, como expressão de Direito Constitucional, baseia-se na união de coletividades políticas autônomas que são: União, Estados Federados, Distrito Federal e Municípios.

A Carta Magna descreve, expressamente, as competências de cada esfera de poder público. “Esta distribuição constitucional de poderes é o ponto nuclear do Estado Federal” (SILVA, 1995. p. 454). No federalismo, as competências são distri-

O TEXTO CONSTITUCIONAL RECONHECEU A ESSÊNCIA COLETIVA DO DIREITO À SAÚDE

buídas, necessariamente entre os entes públicos e podem se dar de maneira coordenada ou cooperada. Assim, no federalismo cooperativo os resultados buscados são comuns e do interesse de todos. A decisão tomada em escala federal é adaptada e executada de modo autônomo pelo ente federado, adequando-a às suas peculiaridades e necessidades

(BERCOVICI, 2002). Este tipo de repartição é chamada de competência concorrente e está prevista no artigo 24 da Constituição de 1988. Já no artigo 23, nas chamadas competências comuns, se revela a cooperação. Nesta, a decisão é de todos, mas a execução se realiza em separado, muito embora possa haver, no que se refere ao financiamento das políticas públicas, uma atuação conjunta. O Brasil é um exemplo de federação em que a cooperação é obrigatória.

No que se refere às competências em matéria de saúde, observa-se, que “a CF/88 não isentou qualquer ente federativo da obrigação de proteger, defender e cuidar da saúde”. (DALLARI, 1995. p. 42). A atuação conjunta e coordenada entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios é uma imposição constitucional. Portanto, a saúde – “dever do Estado” (artigo 196) – é responsabilidade constitucional de todos.

O SUS COMO INSTRUMENTO PARA A APLICAÇÃO DAS NORMAS SANITÁRIAS

Como já exposto, a implementação do direito à saúde vincula-se intrinsecamente a elaboração e realização de políticas públicas. Para tanto, a Constituição previu instrumentos realizadores ou garantidores dessa implementação. O Siste-

³ Ver o “Plano Diretor da Reforma do Estado”, documento emanado pela Presidência da República em novembro de 1995, proposto pelo então ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, sr. Luiz Carlos Bresser Pereira.

ma Único de Saúde (SUS) é o mais importante deles.

A criação constitucional do SUS é uma vitória dos movimentos sociais de apoio à Reforma Sanitária, que acabaram sensibilizando um grupo de parlamentares membros da Assembléia Nacional Constituinte com a demonstração pungente da inadequação do sistema de saúde então vigente, que não conseguia enfrentar problemas sanitários como: quadro de doenças de todos os tipos, baixa cobertura assistencial da população, ausência de critérios e de transparência dos gastos públicos etc., conforme Westphal & Almeida (2001).

A partir dessa pressão social, a Constituição Federal de 1988 previu a estruturação das ações e serviços de saúde em um sistema único, o SUS. A idéia de unidade afastou a possibilidade de os entes públicos componentes do SUS constituírem sistemas autônomos ou subsistemas de saúde. Aliás, a própria referência constitucional a um sistema de saúde já traz de imediato a idéia de ordenação e unidade, ou seja, “um conjunto de conhecimentos ordenados segundo princípios que devem ser seguidos de forma unívoca pelas três esferas de governo” (CANARIS, 1996. p. 9). Para Afonso (1994. p. 360), o único programa setorial de descentralização que relativamente prosperou foi o da saúde.

O SUS tem as suas principais atribuições previstas no art. 200, da CF/88, que vão desde “controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde” (inciso I) até “colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho” (inciso VIII). “As suas atribuições têm como objetivo a promoção (eliminar ou controlar as causas das doenças e dos agravos), proteção (prevenir riscos e exposições a doen-

A CONSTITUIÇÃO FEDERAL
DE 1988, APOIANDO-SE
NESTES IDEAIS DE DEMOCRATIZAÇÃO
DOS ESPAÇOS DECISÓRIOS, CONSAGROU
A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE
COMO DIRETRIZ DO SUS

ças) e recuperação (atuar sobre o dano já existente) da saúde” (WESTPHAL; ALMEIDA, 2001. p. 36). Para alcançar essas metas, o SUS, por meio de sua direção em cada esfera governamental (Secretários de Saúde, Estaduais e Municipais, e Ministro da Saúde), deverá promover as políticas públicas necessárias, com determinada autonomia, até para destinar recursos para programas de saúde específicos.

PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE
NA APLICAÇÃO DAS NORMAS
SANITÁRIAS – O CONTROLE SOCIAL

A pressão dos movimentos sociais sanitários realizada no momento da Constituinte ensejou a introdução de novos instrumentos de participação social na formulação, execução e fiscalização das políticas públicas, em especial no que tange ao setor saúde. Em seu artigo 198, a Constituição Federal de 1988, apoiando-se nestes ideais de democratização dos espaços decisórios, consagrou a ‘participação da comunidade’ como diretriz do SUS.

A Lei 8.080/90 reafirmou a participação da comunidade no SUS, porém, teve seu artigo 11, que regulamentava esta participação, vetado pelo então Presidente da República Fernando Collor. O dispositivo estava inserido no capítulo “Da Organização, da Direção e da Gestão”, e o seu veto demonstrou a enorme dificuldade que existia (e ainda existe) para a implementação das conquistas da Reforma Sanitária já consagradas na Magna Carta.

A Lei 8.142/90 retomou quase literalmente o dispositivo vetado, regulamentando assim a participação da comunidade no SUS. Em seu artigo 1º, estabelece que cada esfera do governo deve contar com a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde como instâncias colegiadas de participação social.

Tem-se, assim, a tentativa de desdobramento inicial da previsão cons-

titucional de construção de esferas de participação social, com o objetivo de efetivar o princípio da democracia participativa no âmbito da saúde. A Constituição Federal de 1988, de forma tímida, porém concreta e incontestável, contempla tal princípio, ao dispor que “Todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição” (art. 1º, § único), além de prever, em outros dispositivos, a participação social na implementação de políticas públicas no que tange não só à saúde, mas à assistência social, à criança e do adolescente, ao processo de organização das cidades, etc.

Percebe-se, portanto, que “a Constituição foi capaz de incorporar novos elementos culturais, surgidos na sociedade, na institucionalidade emergente, abrindo espaço para a prática da democracia participativa” (SANTOS, 2002, p. 33). Nesse contexto, surgem os conselhos de saúde.

“Não é um fenômeno novo no Brasil, nem exclusivo da área da saúde, porém não há na atualidade nada semelhante aos conselhos de saúde, com a sua expressiva representatividade social, atribuições e poderes legais, além da extensão de sua implementação, englobando as esferas municipais, estaduais e federal e, em alguns lugares, ainda há conselhos locais e regionais.” (CARVALHO, 1995, p. 30-31)

As competências legais básicas dos conselhos de saúde em todas as esferas encontram-se no art. 1º, pa-

rágrafo 2º, da Lei 8.142/90, e podem ser divididas em dois grandes campos: a área de planejamento e controle, cujo tema principal é o do financiamento; e a área de articulação com a sociedade, com a atribuição de organizar as conferências de saúde, examinar denúncias e propostas populares, e também estimular a participação comunitária no controle da administração do SUS (Resolução 33/92, do Conselho Nacional de Saúde – CNS). As atribui-

A SAÚDE É DIREITO
FUNDAMENTAL, INDIVIDUAL
E COLETIVO, E NÃO MERA
CONCESSÃO DO PODER ESTATAL
OU PALAVRAS BONITAS
ESCRITAS NA CONSTITUIÇÃO

ções específicas de caráter executivo também estão na seara da competência legal dos conselhos, que cada vez mais participam na cadeia decisória da administração do SUS, como instância deliberativa e recursal.

Pelo exposto, parece claro que os conselhos de saúde significam hoje bem mais que uma prescrição legal de alcance duvidoso. Eles entraram em cena, trazendo consigo a estréia de alguns novos atores sociais. A sua existência e funcionamento pos-

sibilitam a participação sistemática de milhares de pessoas no debate e na busca de soluções para os problemas de saúde.

“É possível que hoje o número de conselheiros de saúde, entre os quais os usuários são maioria, já se aproxime, talvez ultrapasse, o número de vereadores, o que configura uma situação inédita não só no setor saúde, mas no conjunto das políticas públicas.”
(CARVALHO, 1995, p. 30-31)

Dessa forma, os conselhos de saúde são importante instrumento para a efetivação do SUS e para a garantia do direito à saúde a todos. Por meio de suas atribuições e poderes, esses órgãos podem intervir nas políticas estatais referentes à saúde direta ou indiretamente, exigindo que o Estado atue quando omissivo e controlando as suas ações.

CONSTRUÇÃO DO DIREITO DA SAÚDE

É preciso que todos saibam que a saúde é direito fundamental, individual e coletivo, e não mera concessão do poder estatal ou palavras bonitas escritas na Constituição. É certo que a legislação sanitária brasileira é muito mais avançada que a situação fática do país, o que não invalida o paradigma do conceito de saúde amplo, que deve ser perseguido pelo esforço de todos os atores sociais comprometidos com o sistema a fim de buscar e construir o SUS que queremos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AFONSO, José Roberto Rodrigues. Descentralização Fiscal: revendo Idéias. In: *Ensaio FEE*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, 1994.
- BARROS, Suzane de Toledo. *O Princípio da Proporcionalidade e o Controle de Constitucionalidade das Leis Restritivas de Direitos Fundamentais*. Brasília, DF: Ed. Brasília Jurídica, 1996, 141p.
- BERCOVICI, Gilberto. A descentralização de Políticas Sociais e o Federalismo Cooperativo Brasileiro. *Revista de Direito Sanitário*, v. 3, n. 1, 2002
- BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- BRASIL. *Constituição Brasileira*. Brasília, DF: Imprensa Oficial, 1988.
- CANARIS, Claus-Wilhelm. *Pensamento sistemático e conceito de sistema na Ciência do Direito*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1996. 2. ed. p. 9-10.
- CARVALHO, Antônio Ivo de. *Conselhos de Saúde no Brasil: Participação Cidadã e Controle Social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995. p. 30-31.
- DALLARI, Sueli Gandolfi. *Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde*. São Paulo: HUCITEC. 1995. 42 p.
- SANTOS, Boaventura de Sousa (Org.). *Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002. p. 33.
- SCHWARTZ, Germano. Gestão Compartida Sanitária no Brasil: possibilidade de efetivação do direito à saúde. In: ———. (Org.). *A saúde sob os cuidados do Direito*, UPF, 2003.
- SILVA, José Afonso. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. São Paulo: Malheiros; 1995. 11.ed. p. 101, 454.
- SÜSSEKIND, Armando. *Direitos Sociais na Constituinte*. Rio de Janeiro: Freitas Barros, 1986. p. 21.
- WESTPHAL; ALMEIDA (Org.). *Gestão de Serviços de Saúde*. São Paulo: EDUSP. 2001. p. 33.

Promoção da Saúde e Intersetorialidade: contribuições e limites da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS)

Health Promotion and Different Sectors: contributions and limitations of Worker Health Surveillance within The Unified Health System (SUS)

Marcelo Firpo de Souza Porto¹
Francisco Antonio de Castro Lacaz²
Jorge Mesquita Huet Machado³

RESUMO

Discute-se de que forma as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST) vêm propiciando a construção de um modelo de promoção da saúde, dentro de um novo paradigma intersetorial e participativo para o SUS. A base conceitual do trabalho reside na discussão sobre VST e na conceituação de redes intersetoriais, uma aproximação teórica para compreender e operacionalizar estratégias de ações intersetoriais de promoção da saúde. Considera-se necessário um aprofundamento da reflexão crítica e síntese sobre as discussões conceituais e as práticas de promoção da saúde desenvolvidas no âmbito do SUS, particularmente em torno do futuro das ações de vigilância.

DESCRITORES: *Vigilância Sanitária; Promoção da Saúde; SUS.*

ABSTRACT

The basic aim of this article is to discuss in which ways actions of Worker Health Surveillance (WHS) have provided tools to build a model of health promotion, within a new inter-sector and participative paradigm for SUS. This work's conceptual basis resides mainly in the discussion of WHS and in the concepts of inter-sector networks, a theoretical approach to understand and operate strategies for inter-sector actions of health promotion. We consider it necessary to deepen the critical reflection and synthesis over conceptual discussions and practices of health promotion developed within SUS, specially regarding the future of surveillance actions.

DESCRIPTORS: *Health Surveillance; Health Promotion; SUS.*

¹ Pesquisador do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH), da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Av. Leopoldo Bulhões, 1.480 – Manguinhos
CEP 21041-210 – Rio de Janeiro – RJ
e-mail: firpo@ensp.fiocruz.br

² Professor da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) da Escola Paulista de Medicina (EPM)
Rua Jader de Andrade, 322/202
CEP 52061-060 – Recife – PE
e-mail: franlacaz@hotmail.com

³ Tecnologista da Coordenação de Saúde do Trabalhador da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
e-mail: jorgemhm@malaria.procc.fiocruz.br

LIMITES E POSSIBILIDADES DE AVANÇO DA(S) VIGILÂNCIA(S)

A discussão sobre promoção da saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS) relaciona-se à necessidade de substituição dos modelos médico-assistencial e assistencial-‘sanitarista’ ainda hegemônicos entre nós (PAIM, 1994). Nestes, as práticas de vigilância estão baseadas no modelo ecológico de explicação das doenças e na epidemiologia clássica, tendo por objeto o controle dos modos de transmissão. Esta delimitação permite uma certa governabilidade e eficácia das ações no âmbito intra-setorial da saúde, principalmente para as doenças infecto-contagiosas e outras evitáveis com medidas pontuais. Estas intervenções podem incluir o monitoramento de casos de doenças, em articulação com análises epidemiológicas, bem como a vacinação, o controle de vetores, de riscos ambientais e da qualidade da água, por exemplo.

A crítica à eficácia deste modelo, quando se depara com o novo perfil de doenças de massa, está no centro das formulações da Medicina Social Latino-americana e da Saúde Coletiva que, no Brasil, através do movimento pela Reforma Sanitária, contribuiu para a construção do SUS. Seus princípios e diretrizes foram calcados na visão de que a melhoria da qualidade de vida e saúde da população não se limita somente ao sistema de saúde,

mas como este interage com a sociedade através de políticas públicas intersetoriais e práticas transformadoras. Para tanto, buscou-se a universalização do acesso à saúde e a descentralização, abrindo sua gestão à participação popular e, desde então, avanços têm ocorrido com a realização das Conferências e a criação dos Conselhos de Saúde.

Tais avanços, contudo, não são suficientes em si para a revisão dos modelos médico-assistencial e ‘sa-

A DISCUSSÃO SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE E O FUTURO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) RELACIONA-SE À NECESSIDADE DE SUBSTITUIÇÃO DOS MODELOS MÉDICO-ASSISTENCIAL E ASSISTENCIAL-‘SANITARISTA’ AINDA HEGEMÔNICOS ENTRE NÓS

nitaria’. Além disso, o próprio quadro político internacional e nacional na década de 1990 não foi favorável para que mudanças mais radicais ocorressem nas políticas públicas do país. O SUS foi pressionado por uma crise financeira agravada pelo *déficit* público e pela política econômica em curso, bem como pela demanda espontânea das populações mais carentes, fato agravado pelo aumento do desemprego e da exclusão social. Por seu turno,

as práticas clássicas de vigilância não sofreram mudanças estruturais, embora tenham ocorrido avanços localizados, como na formação de recursos humanos e na infra-estrutura institucional. As práticas intra-setoriais mantêm-se ‘ilhas’ dentro dos setores clássicos da vigilância, notadamente a epidemiológica, a sanitária e a ambiental, com recortes específicos de objetos de controle e intervenção. Esta setorialização coloca entraves para o desenvolvimento da promoção e prevenção, seja em relação à eficiência das ações intra-setoriais, seja quanto ao necessário desenvolvimento de ações intersetoriais. As formas clássicas de intervenção simplesmente não dão conta de uma série de problemas de saúde, os quais não se restringem aos ‘compartimentos setoriais’ das vigilâncias, como os agravos relacionados ao trabalho, ao ambiente, às causas externas, às doenças crônicas, dentre outros.

Obviamente, quanto mais distantes da lógica dos modelos assistencial e ‘sanitarista’ estão os processos saúde-doença, maior será a necessidade de serem construídas práticas alternativas e intersetoriais que superem seus limites intrínsecos. Não existem ‘vacinas’ contra acidentes de trânsito e do trabalho, tampouco substâncias ou barreiras que ‘higienizem’ ambientes gerais ou do trabalho contaminados e que, mais tarde, podem ser implicados no câncer das pessoas expostas. Quanto

mais analisamos a gênese destes riscos e seus efeitos, mais nos encaminhamos para um emaranhado de políticas públicas, práticas sociais e processos decisórios que estão fora do âmbito do setor saúde.

Epistemologicamente, trata-se de constatar os reducionismos e buscar possibilidades de avanços conceituais e metodológicos frente aos processos saúde-doença mais complexos. Em termos político-institucionais, trata-se de avançar nas práticas intersetoriais e de relação com a sociedade para que critérios sanitários estejam cada vez mais presentes no conjunto dos processos decisórios das políticas públicas que afetam a saúde das populações. Em outras palavras, é necessário superar a concepção biológica e medicalizante da doença e internalizar a idéia de saúde como critério central dos modelos de desenvolvimento do país.

Nos anos 1990, a discussão sobre Vigilância da Saúde (VS) (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998) coloca as bases de um novo modelo de vigilância que visa superar os modelos médico-assistencial e 'sanitarista', apontando caminhos para a configuração de um novo modelo de atenção que busca superar os paradigmas médico-sanitários ainda vigentes no SUS (PORTO; MACHADO; FREITAS, 2000). Na nova concepção, o objeto das ações de saúde caminhará do dano para os riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde. A organização deste modelo

privilegiaria a construção de políticas públicas com atuação intersectorial e intervenções integradas de promoção, prevenção e recuperação, em torno de problemas de grupos populacionais específicos, tendo por base o planejamento das ações e as análises das necessidades de saúde nos territórios. A VS também pressupõe a produção de dados de modo sistemático e contínuo através da criação e manutenção de sistemas de informação para problemas con-

TRATA-SE DE AVANÇAR NAS PRÁTICAS
INTERSETORIAIS E DE RELAÇÃO COM A
SOCIEDADE PARA QUE CRITÉRIOS
SANITÁRIOS ESTEJAM CADA VEZ MAIS
PRESENTES NO CONJUNTO DOS PROCESSOS
DECISÓRIOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS QUE
AFETAM A SAÚDE DAS POPULAÇÕES

siderados essenciais. Nesse caso, a intersectorialidade também implica a integração entre os sistemas de informação existentes em diferentes instituições, setores e níveis de governo, exigindo a constituição de instâncias supra-institucionais e mecanismos de gestão e controle adequados de tais sistemas.

As propostas da Promoção da Saúde e da VS ainda necessitam de maior aprofundamento conceitual e metodológico, pois não aprofundam

o significado e a operacionalização das ações intersectoriais, restringindo-se basicamente àquelas intrínsecas ao setor saúde. Nos itens seguintes, discutimos algumas questões relacionadas à implementação da intersectorialidade a partir de experiências acumuladas pela Saúde do Trabalhador no SUS, em especial as ações de vigilância.

A PROPOSTA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (VST)

Neste artigo, a base empírica para o entendimento das ações intersectoriais em VST foi baseada nos resultados do *Estudo da Situação e Tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil* (LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002), que atendeu à demanda da Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador, órgão assessor do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo desenvolvido mediante parceria entre a Organização Panamericana de Saúde (OPS) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Devido à limitação de espaço, utilizamos os resultados do referido estudo para analisar as ações intersectoriais em VST sem contudo aprofundar a base empírica, a descrição dos instrumentos de coleta de dados, assim como a organização e o tratamento dos mesmos. O estudo, pautado num universo inicial de 183 serviços de níveis estadual e municipal distribuídos por todo o país,

revelou uma forte concentração na região Sudeste (cerca de 80% do total de serviços), com grande relevância para São Paulo. Apesar desta concentração, observa-se que o desenvolvimento de ações de saúde dos trabalhadores, seja de assistência e/ou de vigilância, ocorre atualmente em todos os estados do Brasil, ainda que com grandes diferenças quanto ao seu grau de organização e maturidade, o que leva a uma flutuação no seu número, dependendo do momento em que o estudo é realizado (LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002).

As ações em saúde dos trabalhadores no Brasil na rede básica iniciaram-se em meados dos anos 1980, influenciadas pela Medicina Social Latino-americana, Saúde Coletiva, Reforma Sanitária Italiana e pela reemergência do movimento sindical em suas reivindicações por melhores condições de trabalho e defesa da saúde (LACAZ, 1996). Desde seu início, as ações de VST buscaram se constituir a partir de uma compreensão integrada entre promoção e proteção, nesta incluída a prevenção de agravos, além da assistência, mediante diagnóstico, tratamento e reabilitação. A ênfase na necessidade de transformações dos processos e ambientes de trabalho favoreceu a construção de uma abordagem multiprofissional, interdisciplinar, intersetorial e participativa, pautada pela compreensão de que os trabalhadores devem ser sujeitos no planejamento e implementação das ações de vigilância.

Assim, a VST será aqui entendida como um processo contínuo que articula conhecimentos e práticas de controle sanitário em um território, buscando a promoção, a proteção e a assistência à saúde dos trabalhadores, tendo como alvo de sua ação a análise e posterior intervenção nos nexos entre os processos de trabalho e suas repercussões à saúde dos trabalhadores, contando com sua participação (MACHADO, 1996). O pressuposto da ação é o controle da ex-

A ÊNFASE HISTÓRICA DA ATUAÇÃO
DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA SOBRE
PRODUTOS COMO FÁRMACOS, ALIMENTOS
E SERVIÇOS DIFICULTOU A INCORPORAÇÃO
DOS PROCESSOS DE TRABALHO E SUAS
REPERCUSSÕES À SAÚDE DOS
TRABALHADORES EM SUA ATUAÇÃO

posição/sujeição aos riscos, exigências e cargas, visando prevenir agravos à saúde dos trabalhadores que se manifestam como sofrimento, dano, desgaste, doenças e acidentes do trabalho (LAURELL; NORIEGA, 1989).

A concepção de VST é influenciada pelo conceito de VS e pela operacionalização do conceito de 'risco', e está calcada numa proposta de rearticulação das práticas sanitárias de promoção, prevenção e cura que combina tecnologias distintas, inclu-

sive gerenciais, como a atuação intersetorial, a descentralização dos serviços e das práticas de saúde ao nível loco-regional. Os processos de trabalho em saúde são reorganizados, visando intervir sobre problemas sanitários de maneira contínua, num dado território, por meio de procedimentos que buscam atingir os determinantes das condições de vida e do processo saúde-doença de grupos populacionais em diversos períodos etários (MONKEN, 2000).

No caso das relações trabalho-saúde e da evolução histórica do sistema de saúde no Brasil, do ponto de vista institucional e operacional criou-se uma dicotomia que restringiu à Vigilância Epidemiológica o limite técnico das informações sobre a ocorrência e a distribuição das doenças e dos acidentes do trabalho. Ao lado disso, cristalizou-se uma Vigilância Sanitária cujo papel é intervir sobre riscos específicos que estejam contribuindo para a ocorrência de doenças e acidentes, colocando em perigo a saúde das populações trabalhadoras (WÜNSCH FILHO *et al.*, 1993). A ênfase histórica da atuação da Vigilância Sanitária sobre produtos como fármacos, alimentos e serviços dificultou a incorporação dos processos de trabalho e suas repercussões à saúde dos trabalhadores em sua atuação.

As ações de VST no SUS têm buscado superar tais dicotomias e limites através da integração das diferentes 'vigilâncias', desde a iden-

tificação e localização dos problemas de saúde, até a intervenção e o controle dos processos e condições de trabalho nocivas (LACAZ, 2002). A VST busca conhecer a realidade de trabalho de populações trabalhadoras, intervir nos determinantes dos agravos, avaliar o impacto das medidas corretivas adotadas, subsidiar a tomada de decisões pelos órgãos competentes do governo, no nível federal, estadual, municipal, e estabelecer sistemas de informação em saúde e trabalho que incorporem, além das informações tradicionalmente existentes e coletadas, bases de dados provindas do próprio processo de vigilância e de pesquisas, ainda que limitados a alguns segmentos populacionais. Constitui-se numa prática interinstitucional e intersetorial que ultrapassa os limites do setor Saúde, mas subordina-se aos princípios/diretrizes do SUS e usa métodos da epidemiologia, da higiene e segurança do trabalho, da ergonomia, entre outros, não prescindindo do conhecimento e participação dos trabalhadores (MACHADO, 1996). Tal perspectiva tem encontrado dificuldades para sua consolidação devido às dicotomias intra-institucionais do setor saúde que, ao criar novas práticas de organização e atuação em ST, acabou por gerar 'feudos' freqüentemente paralelos às estruturas do SUS, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) (RIBEIRO *et al.*, 1998). O mesmo se dá intersetorialmente

devido à falta de uma política integrada de seguridade social e, no interior desta, de saúde e segurança dos trabalhadores. Outra restrição decorre das contradições do atual momento histórico, que tolhe a organização dos trabalhadores.

ações intersetoriais em VST e o conceito de redes intersetoriais

Para melhor compreendermos o desenvolvimento das ações interse-

AS REDES INTERSETORIAIS SÃO ESTRUTURAS FLEXÍVEIS QUE PERMITEM A CONSTRUÇÃO DE CANAIS DE COMUNICAÇÃO E DE ESTRATÉGIAS DE AÇÃO CONJUNTA, ESTABELECENDO NOVOS COMPROMISSOS ENTRE INSTITUIÇÕES E ATORES SOCIAIS ORGANIZADOS

toriais em VST, incorporamos o conceito de rede intersetorial (PORTO; MACHADO; FREITAS, 2000), pois o mesmo propicia uma concepção moderna e flexível das potencialidades de articulação e construção de novos modelos de gestão que favorecem processos de descentralização, participação e o estabelecimento de parcerias entre instituições públicas e a sociedade civil organizada. As redes intersetoriais são estruturas flexíveis que permitem a construção

de canais de comunicação e de estratégias de ação conjunta, estabelecendo novos compromissos entre instituições e atores sociais organizados em torno da análise e enfrentamento de problemas locais ou regionais considerados relevantes. São justamente os problemas de natureza mais complexa que exigem ações integradas e intersetoriais.

A noção de rede compreende a presença de organizações e entidades interdependentes e ao mesmo tempo autônomas, e a dinâmica de funcionamento das redes construídas depende da capacidade de serem unificados os esforços institucionais e políticos existentes num dado território. Trata-se, portanto, de um processo dialético que inclui tanto o aproveitamento dos recursos existentes quanto a transformação das práticas políticas e culturais em direção a processos democráticos voltados para os direitos e necessidades das populações daquele território.

Podemos compreender as ações intersetoriais de VST a partir da constituição de redes intersetoriais – originalmente intra-setoriais – articuladas em torno de problemas mais complexos num dado território, como casos de acidentes e doenças provocados por riscos ocupacionais. Diversas experiências de construção de redes intersetoriais em ST vêm sendo desenvolvidas nos programas, centros de referência, serviços, núcleos ou coordenações em estados e municípios. Através do desenvolvi-

mento sistemático das ações, um conjunto de instituições públicas, sindicatos, universidades, associações profissionais, ONG e diversos outros atores sociais buscam integrar-se na análise e no enfrentamento dos problemas, configurando uma série de pontes intersetoriais. Estas experiências possuem diferentes graus de organização, competências, atribuições, recursos e práticas de atuação, sendo desencadeadas por grupos institucionais localizados em vários pontos do Brasil. As características destas experiências dependem de questões como a força de organização dos trabalhadores e das questões de saúde e, em termos institucionais, dependem das políticas regionais, da estrutura organizacional, da capacidade instalada, da qualificação dos profissionais e de influências das instituições acadêmicas. Portanto, cabe reconhecer que as experiências avançadas dependem mais de uma constelação positiva destes fatores do que do seu reconhecimento enquanto uma política institucional de Estado.

As formas de ação coordenada em rede geram relações que possuem diferentes características e gradientes de formalização e organização, com implicações para o planejamento, a responsabilização e a institucionalização das ações. Em sua fase inicial, freqüentemente as relações configuram-se enquanto espaços ampliados de discussão e troca de experiências, de caráter mais infor-

mal e transitório, gerando o que poderia ser denominado de *proto-rede*. Muitas vezes, tais espaços surgem após a ocorrência de eventos graves e se concentram em ações pontuais de intervenção em empresas e ambientes de trabalho específicos. Com o passar do tempo, tais relações podem amadurecer e transformar-se em espaços mais formais e institucionalizados de planejamento e decisão, como convênios ou comissões interinstitucionais, coordenados ou não

AS REDES DEVEM SER VISTAS COMO
DINÂMICAS E DE ESTABILIDADE PROVISÓRIA,
POIS TRADUZEM A CONJUNÇÃO DE DIFERENTES
INTERESSES NAS AÇÕES EM RELAÇÃO A CERTOS
PROBLEMAS DE SAÚDE, BEM COMO A FORÇA
DOS TRABALHADORES, DO SETOR SAÚDE E
SEUS USUÁRIOS, DENTRE OUTROS ATORES

pelo SUS e eventualmente organizados por problemas, por exemplo segundo o tipo de risco (setor econômico ou agente exposto) ou de doença. Embora desejáveis, as redes institucionalizadas implicam problemas de gestão mais difíceis de serem manejados, envolvendo aspectos administrativos, orçamentários e de execução, ou ainda aqueles relacionados à cultura técnica das instituições e à interferência do poder político sobre as mesmas. Por outro lado,

as redes mais informais e transitórias possuem um importante papel na organização inicial de espaços mais formais, ao mesmo tempo que são mais flexíveis e agilizam discussões sobre estratégias e ações conjuntas que, em contextos autoritários e vulneráveis, seriam dificultadas por relações institucionais mais formalizadas.

As redes devem ser vistas como dinâmicas e de estabilidade provisória, pois traduzem a conjunção de diferentes interesses nas ações em relação a certos problemas de saúde, bem como a força dos trabalhadores, do setor saúde e seus usuários, dentre outros atores. A construção de determinadas redes pode desarticular outras, dado que os comportamentos dos vários atores refletem estruturas de poder e práticas culturais que precisam ser desestabilizadas, para que práticas mais efetivas e democráticas de promoção e prevenção tomem seu lugar. Neste processo, inevitavelmente ocorrem mudanças nos objetivos iniciais, uma vez que a construção de uma rede com atores heterogêneos a partir de diferentes formas de relações (formais e informais) implica um processo contínuo de renegociação. Com isso, os objetivos iniciais que um ator tenha, podem se transformar em novos, redefinidos coletivamente a partir das possibilidades e necessidades dos diferentes atores. Adotar o conceito de rede implica compreendermos e tra-

balharmos tais dinâmicas como parte integrante do processo de desenvolvimento de ações intersetoriais e de promoção da saúde.

A CONFIGURAÇÃO DAS REDES E AS PRINCIPAIS INSTITUIÇÕES E ATORES SOCIAIS ENVOLVIDOS

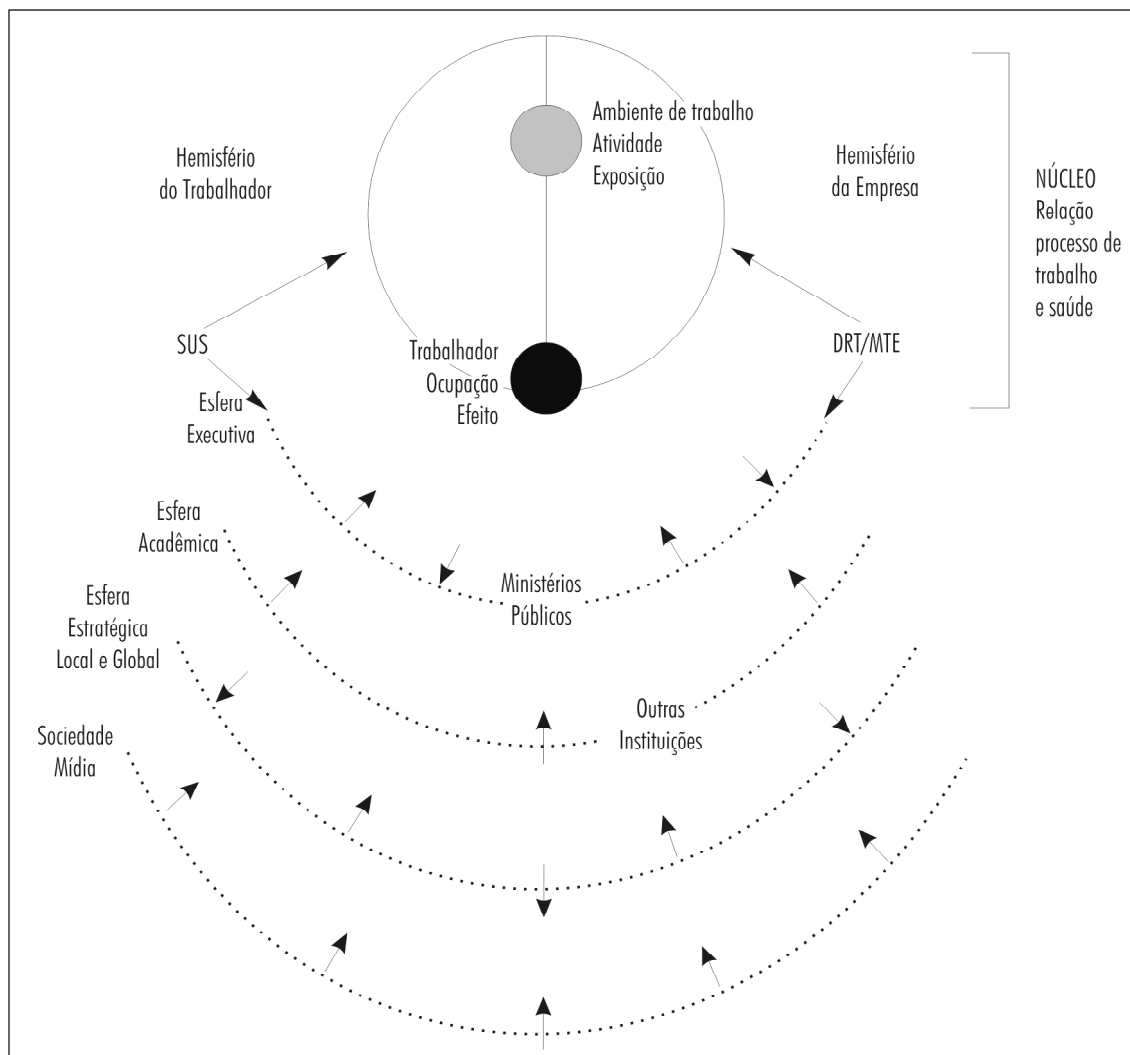
A Figura 1 apresenta, esquematicamente, os elementos e processos

mais importantes que tendem a estruturar as redes intersetoriais de VST. O foco central do esquema é a relação potencialmente conflituosa entre o processo de trabalho e a saúde, já que o objetivo é mostrar que os problemas não surgem ao acaso, mas são conformados a partir de relações sociais, econômicas, institucionais e tecnológicas existentes em sociedades capitalistas como a

brasileira, sendo objetivo da rede a própria transformação de tais relações que condicionam a qualidade do trabalho e da saúde dos trabalhadores nas empresas.

No centro da rede, como objeto em torno do qual ela é tecida, encontram-se os trabalhadores expostos e os processos/ambientes de trabalho geradores de riscos, cuja dinâmica de relação é estruturada

FIGURA 1 – Rede de Vigilância em Saúde do Trabalhador



pelos dois pólos fundamentais: o dos representantes dos trabalhadores e o das empresas. As instituições constituem-se em pontos de encontro, conflito e de desencadeamento de ações em várias camadas concêntricas e polares, que correspondem ao tipo de poder de intervenção e, em última instância, ao poder de influência de trabalhadores e das empresas sobre a sociedade, os governos e as instituições.

As redes de VST são frequentemente constituídas por meio de denúncias dos trabalhadores envolvidos diretamente em situações de risco, ou de casos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. As denúncias mais organizadas ocorrem a partir de representantes dos trabalhadores, como comissões internas das empresas, associações de contaminados, sindicatos, centrais sindicais, ONG e mídia. Frequentemente, o clima autoritário e paternalista dentro das empresas impede uma exposição pública dos trabalhadores diretamente envolvidos, o que aumenta a importância da atuação dos sindicatos como porta-vozes e instâncias mediadoras dos interesses dos trabalhadores afetados.

As instâncias executivas das redes de VST representam sua primeira camada em contato direto com o núcleo – trabalhador e ambiente de trabalho – sendo as duas instâncias principais o SUS e o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). O SUS exerce função múltipla, configuran-

do-se por sua lógica sistêmica e origem político-institucional em um espaço estruturador de conexões das redes. Em sua estrutura, estão basicamente os serviços assistenciais em geral, de vigilância epidemiológica e sanitária e os serviços que atuam em saúde dos trabalhadores. Estes serviços representam os focos de articulação de ações do próprio SUS e deste com outras instituições. Executam funções de referência clínica, vigilância sanitária e epide-

AS REDES SÃO FREQUENTEMENTE
CONSTITUÍDAS POR MEIO DE
DENÚNCIAS DOS TRABALHADORES
ENVOLVIDOS DIRETAMENTE EM
SITUAÇÕES DE RISCO, OU DE
CASOS DE ACIDENTES E DOENÇAS
RELACIONADAS AO TRABALHO

miológica aos agravos do trabalho, constituindo um subsistema de vigilância em saúde do trabalhador, desencadeando o processo de controle com ações em torno de casos específicos. O MTE, através das Delegacias Regionais do Trabalho (DRT), compõe a rede como ator que gravita entre o pólo empresarial e o dos trabalhadores, em contato direto com seu núcleo. Sua característica institucional mais relevante é o amplo reconhecimento de seu poder de fis-

calização e normatização no campo das relações entre trabalho e saúde, embora suas ações de inspeção sejam criticadas por seu caráter excessivamente normativo (OLIVEIRA, 1994).

As ações desenvolvidas pelas empresas correspondem ao segundo pólo do núcleo da rede e são exercidas nas grandes empresas pelas gerências e pelos serviços especializados em engenharia de segurança e medicina do trabalho (SES-METS). Dada a ausência de tais serviços nas pequenas empresas, nestas, as ações são exercidas exclusivamente pela própria gerência. Em geral, os processos de vigilância intentam provocar mudanças nas práticas gerenciais e nos SESMETS. Um dos pontos frágeis da intervenção são as ações que envolvem pequenas e médias empresas e, de forma ainda mais radical, o setor informal da economia, cuja precariedade de vínculos dificulta a presença de interlocutores e a própria configuração de redes.

Inúmeras outras instituições podem fazer parte das redes interseccionais de VST, como os órgãos ambientais, as secretarias estaduais de trabalho, as instâncias ligadas à Previdência Social – como a perícia médica e a reabilitação – dentre outros (LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002). Estas instituições se situam, pelo aspecto executivo e complementar de suas ações, no interstício entre a primeira e a segunda camada. Ainda neste nível destacam-se as arti-

culações, aqui de caráter formal, mediante convênios, com os Ministérios Públicos (MP) – o Estadual e/ou o do Trabalho, de âmbito federal – atores com maior poder de arbitragem e penalização nos processos de negociação com empresas e de conscientização do empregado, principalmente em situações críticas de maior conflito e resistência. Por isso, os MP têm exercido papel de destaque na constituição de redes em situações de maior conflito e fragilidade institucional do SUS ou das DRT.

Em uma segunda camada de apoio, destacam-se as ações desencadeadas por projetos acadêmicos e de ensino, desenvolvidas por instituições principalmente da saúde coletiva. Elas têm importante papel no desenvolvimento e estabilização de experiências através do suporte técnico-científico, da divulgação e do apoio interdisciplinar em casos de maior complexidade, sendo ainda fundamentais na formação de novos profissionais e na legitimação técnica, fortalecendo as instituições e servindo de contraposição ao saber empresarial.

Finalmente, o esquema apresenta uma terceira camada que representa a esfera estratégica de negociação e definição de políticas públicas, leis e acordos desenvolvidos por ações intersetoriais em diferentes níveis de agregação que vão do local ao global (distrito/município/estado/país/âmbito internacional), ins-

titucional (saúde, trabalho, meio ambiente, previdência social, ministérios públicos, representações políticas no congresso/assembleias/câmaras) e econômico (empresa por tipo de risco, ramo econômico). Esta camada é o espaço, por excelência, de configuração e atuação de redes mais abrangentes e formais, pois pode reunir múltiplas instituições e atores sociais em processos decisórios que visam transformar as relações que condicionam a qualidade

AS REDES MAIS FORMALIZADAS
PODEM SE CONFIGURAR POR MEIO
DE NUMEROSOS FORMATOS,
COMO GRUPOS GESTORES,
CONVÊNIOS INTERINSTITUCIONAIS,
COMISSÕES, CÂMARAS TÉCNICAS
E CONSELHOS

do trabalho e da saúde dos trabalhadores nas empresas. Conforme já apontado no item anterior, as redes mais formalizadas podem se configurar por meio de numerosos formatos, como grupos gestores, convênios interinstitucionais, comissões, câmaras técnicas e conselhos. Organizadas pelo SUS nos vários níveis, as Comissões Interinstitucionais de Saúde do Trabalhador (CIST) existentes funcionam como elementos de condução tanto política quan-

to técnica do processo de vigilância e, ao mesmo tempo que desenvolvem ações de planejamento e avaliação, são espaços formais de fortalecimento das ligações entre os pontos da rede de vigilância.

A mídia desempenha função de contato com a sociedade, sendo estrategicamente importante para a visibilidade e legitimação social das ações de vigilância. Sua colaboração, entretanto, é restrita e contraditória, dada a banalização da morte de trabalhadores e das denúncias no país, bem como a influência das empresas de maior poder econômico. Os acidentes e casos de escândalos noticiados podem abalar a imagem de empresas, setores econômicos e mesmo instituições públicas responsáveis e, por isso, têm o papel de desestabilizar as culturas técnicas autoritárias e engessadas das organizações, as quais bloqueiam o processo coletivo de aprendizagem necessário para a evolução dos padrões preventivos. Os casos de escândalos com mobilizações coletivas permitem 'furar' esse bloqueio e transformar prevenções simbólicas, mais voltadas ao controle da força de trabalho, em prevenções práticas mais efetivas (PORTO, 1994).

A EXPERIÊNCIA DE AÇÕES INTERSETORIAIS EM VST NO SUS

Nesse item, apresentamos algumas características das experiências intersetoriais desenvolvidas

pelo SUS com alguns setores e órgãos específicos, tendo como base empírica a investigação já referida sobre as ações de VST desenvolvidas nos serviços do SUS que atuavam em saúde dos trabalhadores entre os anos de 2001 e 2002 (LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002). Conforme veremos mais a frente, tais experiências encetadas nesses anos de construção do campo da Saúde do Trabalhador no SUS expressam simultaneamente fragilidades, contradições e potencialidades que podem contribuir para o debate sobre intersectorialidade na constituição de um novo modelo de promoção da saúde.

Existe uma grande heterogeneidade quanto à inserção dos serviços investigados dentro da estruturas estaduais e municipais do SUS, que podem incluir programas, centros de referência, divisões ou coordenadorias vinculadas principalmente às estruturas das vigilâncias sanitária e/ou epidemiológica, mas também ligados a hospitais universitários, com níveis variados de integração com o SUS. Em termos de relações intra-institucionais, é marcante a atuação integrada assistência-vigilância, tanto para aqueles que realizam ações de assistência na rede especializada quanto na básica.

O estudo indica que as relações intersectoriais encontram-se presentes na maioria dos serviços analisados, em percentuais que variam de 55 a 80% quando se trata dos serviços municipais e estaduais res-

pectivamente. O SUS estabelece relações intersectoriais – algumas formais, muitas informais – com múltiplas instituições, e as principais indicadas pelo estudo, são apresentadas a seguir.

As articulações com o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) vêm ocorrendo desde o início da implantação dos primeiros Programas de Saúde do Trabalhador (PST) criados nos anos 1980. Dois objetivos principais se destacam nessa

EXISTE UMA GRANDE HETEROGENEIDADE
QUANTO À INSERÇÃO DOS SERVIÇOS
INVESTIGADOS DENTRO DA ESTRUTURAS
ESTADUAIS E MUNICIPAIS DO SUS, QUE
PODEM INCLUIR PROGRAMAS, CENTROS DE
REFERÊNCIA, DIVISÕES OU COORDENADORIAS

relação: (1) o estabelecimento do nexo entre a incapacidade causada por doenças e/ou acidentes do trabalho e direitos previdenciários, frequentemente negados aos trabalhadores afastados ou demitidos; (2) a análise pelos serviços dos bancos de dados gerados a partir das comunicações de acidentes do trabalho (CAT). Este instrumento de notificação usado pela Previdência desde 1976, apesar do seu viés securitário e dos limites já assinalados

quanto à adoção desta estratégia (BINDER; CORDEIRO, 2003; LACAZ, 2000), gera uma base de dados amplamente incorporada pelo SUS na análise epidemiológica dos acidentes e doenças do trabalho. As relações com o INSS são frequentemente conflituosas e marcadas por certo grau de informalidade, já que a política institucional da previdência social nos últimos anos possuiu um caráter bastante conservador e burocrático, em especial em relação à saúde dos trabalhadores.

Outra importante relação intersectorial é com o MTE, através das DRT. O MTE, cujo papel na inspeção do trabalho foi assumido desde os anos 1930, alijou a Saúde Pública da intervenção sobre ambientes e condições de trabalho até os anos 1980, momento em que surgem os primeiros PST (LACAZ, 1996). Esta trajetória tem reflexos sobre a atuação das instâncias do setor Saúde e, malgrado os embates e disputas existentes entre os setores Trabalho e Saúde (OLIVEIRA, 1994), uma maior integração de ações, guiada por estratégia comum, seria bastante desejável. Tal afirmativa torna-se mais verdadeira ao se considerar que o SUS, em função dos seus princípios, diretrizes e vocação, deveria ser a instância nucleadora da política de assistência, prevenção e promoção em saúde dos trabalhadores, envolvendo instituições da Previdência Social, Saúde, Trabalho, Meio Ambiente e Agricultura, dentre ou-

tras. Apesar das articulações com as DRT referidas pelos serviços possuem uma tendência de crescimento, elas ainda possuem um caráter restrito a certas regiões e capitais, e ocorrem frequentemente a partir de contatos pessoais com técnicos mais engajados, não existindo envolvimento formal da direção da instituição. Apesar dessa limitação, as operações técnicas existentes podem envolver distintas formas, como a vigilância de ambientes de trabalho, a participação no Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, ações conjuntas na investigação de acidentes graves e fatais, ou ainda em problemas e setores específicos, como as Comissões do benzeno e das indústrias de construção civil. Outra instituição do MTE mencionada é a Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO) que, por ser órgão de pesquisa e formação de abrangência nacional, tem contribuído para a capacitação técnica nos serviços em todo o país. Isto envolve a realização de cursos, seminários, palestras e apoio bibliográfico. Ademais, a articulação acontece pela atuação da FUNDACENTRO em comissões nacionais e regionais, ou no suporte técnico em avaliações clínicas, diagnóstico de intoxicações químicas e desenvolvimento de projetos específicos, como na vigilância de câncer ocupacional (MG e BA).

O Ministério Público (MP) vem ganhando crescente importância,

fortalecida pelo papel definido na Constituição Federal de 1988 na defesa da cidadania e dos chamados direitos coletivos e difusos, que envolvem a relação trabalho-saúde. As articulações ocorrem tanto com o Ministério Público do Trabalho, de âmbito federal, quanto com os Ministérios Públicos Estaduais. Nestas 'parcerias' existe o risco de que os serviços tornem-se 'braços técnicos' do MP (RIBEIRO *et al.*, 1998), empobrecendo a dinâmica dos serviços,

AS COOPERAÇÕES TÉCNICAS EXISTENTES
PODEM ENVOLVER DISTINTAS FORMAS,
COMO A VIGILÂNCIA DE AMBIENTES DE
TRABALHO, A PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA
DE ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL,
AÇÕES CONJUNTAS NA INVESTIGAÇÃO DE
ACIDENTES GRAVES E FATAIS

cujas lógicas de intervenção, levando-se em conta o conceito de VST aqui adotado, deveria ser pautada pelo método epidemiológico (LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002; MACHADO, 1996) e não exclusivamente pela lógica do direito quando do embate trabalhador 'lesado' versus empresa 'infratora'. Por outro lado, o apoio do MP tem sido fundamental em conjunturas políticas desfavoráveis à construção do SUS, pois em várias situações foi justamente a parceria MP-

serviços que permitiu a continuidade das ações frente a cenários político-administrativos conservadores e privatistas que se abateram sobre os sistemas de saúde em diferentes regiões. A relação com o MP também é um indicador de que o poder de intervenção dos serviços que atuam na VST ainda é frágil e necessita de melhor amparo técnico e jurídico para sua efetivação. O MP tem sido um 'parceiro' importante na investigação de acidentes e doenças do trabalho e são inúmeros os casos de ações conjuntas pelo país, em particular na retaguarda técnica de apoio ao MP em suas investigações e instrumentos específicos, como os termos de ajuste de conduta e as ações cíveis. Em alguns estados, o MP está a frente de acordos interinstitucionais que objetivam o planejamento, a priorização e a implementação de ações de controle em processos e ambientes de trabalho.

As relações com a 'Universidade', marcantes principalmente no âmbito estadual dos serviços investigados (73%), envolvem vários aspectos, como estágios de graduação e de pós-graduação, assim como assessoria técnica, capacitação e o desenvolvimento de pesquisas e estudos. A aproximação serviços-academia, preconizada por estudos da área (LACAZ, 1996; MACHADO, 1996; RIBEIRO *et al.*, 1998), fortalece a competência técnica dos serviços no enfrentamento de problemas de maior complexidade. Por outro lado, a re-

lação do SUS com a Universidade também espelha a fragilidade dos serviços e costuma ser marcada por relações informais com grupos de pesquisa isolados, sem compromissos formais de longo prazo. Acordos de cooperação com Centros de Excelência em temáticas específicas e o financiamento de projetos prioritários apoiados pelo Ministério da Saúde (MS) e agências de fomento, poderão contribuir futuramente para superar tais deficiências.

As instituições de dois outros setores envolvidos também merecem destaque. As relações com as 'instâncias ambientais' apresentam uma tendência de incremento, o que reflete tanto o crescimento da temática ambiental quanto os investimentos na criação da vigilância ambiental, principalmente a partir da implantação do VIGISUS e da criação de estrutura específica dessa área no MS. Várias temáticas têm sido trabalhadas conjuntamente entre o SUS e os órgãos que compõem o Sistema Nacional de Meio Ambiente (SISNAMA), abarcando temas como resíduos sólidos, poluição atmosférica e ruído urbano. Em estados como a Bahia, as articulações avançaram através da inserção da saúde dos trabalhadores na Lei Estadual do Meio Ambiente e nos processos de licenciamento. Quanto aos 'órgãos da Agricultura', a articulação vem se desenvolvendo em algumas regiões onde a problemática dos agrotóxicos é

relevante. A relação pode se dar de distintas formas, como o fornecimento de informações sobre os tipos de lavouras existentes, a toxicologia dos agrotóxicos utilizados, as ações conjuntas de vigilância e o suporte técnico para o uso controlado ou a eliminação de agrotóxicos através da agricultura orgânica. O restrito interesse do setor agrícola com questões de saúde e ambiente limitam a evolução dessa importante relação interse-

O ESTUDO APONTA DIFICULDADES ENVOLVENDO A PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES, O QUE PODE SIGNIFICAR TANTO UM ALHEAMENTO DOS SERVIÇOS DAS INSTÂNCIAS DE REPRESENTAÇÃO DOS TRABALHADORES, COMO UMA FALTA DE PRIORIDADE POR PARTE DO MOVIMENTO SINDICAL PARA ATUAR NESTE NÍVEL DE CONTROLE

torial, o que deve ser superado através de novos e continuados esforços de âmbito federal e regional, dada a importância do problema dos agrotóxicos e as expectativas de uma intensificação da reforma agrária no país.

Com relação às instâncias de participação, apesar da maioria dos serviços investigados (57% dos municipais e 73% dos estaduais) não contarem com um conselho gestor específico que propicie a atuação

continuada dos trabalhadores organizados na gestão e no controle das ações de vigilância, isto não significa que inexistam outras instâncias de controle social. O estudo revelou que a demanda sindical junto aos serviços ocorre em 87% dos municipais e 50% dos estaduais, expressando um modelo participativo e com forte influência dos sindicatos de trabalhadores. A maior presença levantada de conselhos gestores no nível municipal indica a facilidade que o nível local possui para envolver diretamente trabalhadores e cidadãos em problemas mais diretamente vinculados à sua realidade, embora seja no município que as pressões maiores ocorrem, tornando tais conselhos mais vulneráveis que os de âmbito estadual.

Apesar da relevância das demandas sindicais, o estudo aponta dificuldades envolvendo a participação dos trabalhadores, o que pode significar tanto um alheamento dos serviços das instâncias de representação dos trabalhadores, como uma falta de prioridade por parte do movimento sindical para atuar neste nível de controle. Nesse último caso expressa, provavelmente, o declínio da ação sindical como consequência das alterações do mundo do trabalho, caracterizadas pelo desemprego, pela flexibilização dos direitos e pelas relações de trabalho, e precarização dos vínculos (LACAZ, 2001).

CONCLUSÃO

Apesar das diversas fragilidades encontradas nas experiências inter-setoriais de VST do SUS, como a ausência de vínculos formais entre as instituições para dar sustentação às ações e que pudessem caracterizar uma política efetiva nessa área, estas apresentam uma rica variedade de práticas que caminham na direção dos princípios do SUS, apontando para uma visão democrática de promoção da saúde e que pode progredir em direção a um novo modelo. Os dados do estudo empírico revelam relações intersetoriais ainda limitadas, com ações em rede ainda incipientes e que exigem maior nível de coordenação e formalização para uma maior efetivação do potencial existente. Boa parte desta limitação decorre da falta do interesse político na década de 1990 do próprio governo federal e, conseqüentemente, de uma Política de Estado de saúde dos trabalhadores mais abrangente. Tal limitação dificulta o engajamento das instâncias dirigentes nos vários setores e instituições com as quais o SUS se articula em suas ações de VST. Apesar disso, e contando com a dedicação de inúmeros profissionais que 'remam contra a maré', pode-se apreender a emergência de um modelo que conjuga a assistência e a vigilância/intervenção e que precisa avançar. Para tanto, vários desafios ainda necessitam ser superados,

como o aprofundamento de ações articuladas e integradas envolvendo várias instâncias intra e extra-setoriais ao setor saúde. Por exemplo, precisam ser ampliadas as relações com várias organizações não-governamentais e os setores responsáveis pela formação de recursos humanos, inovação e desenvolvimento tecnológico.

Acreditamos que a proposta conceitual apresentada de redes inter-setoriais para compreender o desen-

CONTANDO COM A DEDICAÇÃO DE
INÚMEROS PROFISSIONAIS QUE 'REMAM
CONTRA A MARÉ', PODE-SE APREENDER A
EMERGÊNCIA DE UM MODELO QUE CONJUGA
A ASSISTÊNCIA E A VIGILÂNCIA/INTERVENÇÃO
E QUE PRECISA AVANÇAR

volvimento das ações integradas e intersetoriais de VST pode ser incorporada por outras áreas da saúde para discutir o desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção da saúde, dado que a intersectorialidade é reconhecidamente importante em todas as áreas. A construção de redes surge como estratégia de fortalecimento do SUS para enfrentar problemas complexos, associando inúmeros e heterogêneos atores através de diferentes formas,

o que não deveria significar a diluição da importância do papel do SUS. Nesse sentido, o setor Saúde funciona mais como um catalisador do que como executor das ações de promoção, que dependem de outros setores de governo dentro de uma política intersectorial.

O futuro das ações de promoção da saúde está fortemente relacionado à articulação não só entre as vigilâncias, mas também com os movimentos sociais e as instâncias estruturantes dos processos de desenvolvimento regional, caminhos importantes que começam a ser trilhados. Ao pensarmos no papel do SUS na perspectiva do desenvolvimento, torna-se imperativo serem ampliadas as concepções de território e análises de situação de saúde visando incluir, além dos moradores e usuários dos serviços locais, os trabalhadores, os ambientes de trabalho e os riscos ambientais enquanto objetos de investigação e intervenção no conjunto das questões locais de saúde, integrando-as com uma concepção abrangente de desenvolvimento regional e local sustentável.

O atual momento histórico, que vem fragilizando o pólo trabalho e suas formas clássicas de representação, também indica a necessidade de novas estratégias de articulação e intervenção com e na sociedade. Ao longo dos anos 1990, esta fragilidade pôde ser observada no emperramento de espaços interinstitucionais de negociação e

estabelecimento de políticas públicas, como o Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador (GEISAT), que reúne os ministérios da Saúde, Trabalho e Previdência Social. As ações do GEISAT têm sido limitadas diante da falta de políticas integradas na esfera federal, refletindo a fragmentação e descontinuidade de políticas entre instituições que possuem culturas diferenciadas.

Do ponto de vista intra-setorial e enquanto fator condicionante do próprio desenvolvimento das ações intersetoriais pelo setor saúde, uma importante questão a ser enfrentada é a da integração entre as várias vigilâncias e os modelos de promoção da saúde atualmente em discussão no país. Nesse sentido, o Congresso da ABRASCO de 2003 trouxe avanços ao promover discussões integradas, pela primeira vez, dos diferentes grupos temáticos que possuem interesses comuns, embora tradicionalmente suas reflexões e propostas venham sendo produzidas de forma isolada. As temáticas são: vigilâncias sanitária, saúde ambiental, educação em saúde, saúde do trabalhador e promoção da saúde. A integração dessas temáticas e a construção de uma agenda comum de aprofundamento conceitual e troca de experiências poderá se configurar numa estratégia que contribua para a mudança dos atuais paradigmas que dão sustentação ao SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BINDER, M. C.; CORDEIRO, R. 2003. Subregistro de acidentes de trabalho em localidade de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 409-416, 2003.

LACAZ, FRANCISCO ANTONIO DE CASTRO. *Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas UNICAMP, 1996.

_____. Sobre a necessidade de revisão do atual modelo de atenção à saúde do trabalhador no SUS. *Livro de Resumos... VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, 2000, p.133.

_____. *Saúde do Trabalhador: cenários e perspectivas numa conjuntura privatista*. Conferência proferida nos Seminários de Saúde e Trabalho. Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da Faculdade de Medicina (FM) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 2001.

_____. *Vigilância em Saúde do Trabalhador*. 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. *Caderno de Textos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994.

LACAZ, FRANCISCO ANTONIO DE CASTRO; MACHADO, JORGE MESQUITA HUET; PORTO, MARCELO FIRPO DE SOUZA. Estudo

da Situação e Tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil. *Relatório Final*, 2002. [mimeo].

LAURELL, ASA C.; NORIEGA, M. *Processo de Produção e Saúde*. Trabalho e Desgaste Operário. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1989.

MACHADO, JORGE MESQUITA HUET. *Alternativas e processos de vigilância em Saúde do Trabalhador: a heterogeneidade da intervenção*. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.

MONKEM, M. *Espaço e Vigilância em Saúde: uma perspectiva operacional para a territorialização em Silos*. VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. CD Rom, 2000.

OLIVEIRA, L. S. B. *A intervenção do Estado nos ambientes de trabalho: origens, evolução no Brasil e análise crítica da prática da Delegacia Regional do Trabalho do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1994.

PAIM, JAIRNILSON DA SILVA. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. (Org.). *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi. 4. ed., 1994.

PORTO, MARCELO FIRPO DE SOUZA. *Trabalho Industrial, Saúde e Ecologia*. Tese (Doutorado). Coordenação dos Programas de Pós-Graduação em Engenharia da Universidade Fede-

ral do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, 1994.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; FREITAS, C. M. Promoção da Saúde e intersectorialidade: a experiência da Vigilância em Saúde do Trabalhador na Construção de Redes. VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. *Anais...* CD Rom, 2000.

RIBEIRO, H. P. *et al.* Projeto de Políticas e Práticas na Área de Saúde do Trabalhador para o Estado de São Paulo. *Relatório: Diagnóstico de Situação e Propostas*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde- USP/FSP, 1998. (mimeo).

TEIXEIRA, Carmen E.; PAIM, Jairnilson da Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, n. 2, p. 7-28, 1998.

WÜNSCH FILHO, V. *et al.* Sistema de Informação para a Ação: subsídios para a atuação prática dos Programas de Saúde dos Trabalhadores a nível local. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 136-148. 1993.

As três esferas de governo e a construção do SUS: uma revisão

The Three Spheres of Government and the building of SUS: a revision

Celia Almeida¹

RESUMO

A reforma na setorial e a criação do SUS significou de fato, no plano legal, uma mudança extremamente expressiva na política de saúde brasileira. A descentralização do SUS é o eixo central de sua implementação. Pretende-se privilegiar a análise das relações intergovernamentais estabelecidas pelo processo de descentralização. Sugere-se a revisão dos mecanismos de transferências financeiras e de indução implementados pelo nível central. Propõe-se, também, repensar a atuação dos fóruns participativos institucionalizados com a reforma. Conclui-se que é necessário repensar que sistema de saúde queremos e quais mecanismos devem ser privilegiados na sua implementação.

DESCRITORES: *Descentralização; Financiamento da Saúde; SUS.*

ABSTRACT

The sector reform and the creation of SUS meant in fact a legal change, extremely expressive in the Brazilian health policy. The decentralization of SUS is the core axis of its implementation, focusing on the analysis of intergovernmental relations established by the process of decentralization. A revision of financial transfer and induction mechanisms implemented by the central level is suggested. It is also proposed that the role of institutionalized participation forums be reviewed with the reform. It is imperative to reanalyze the kind of health system we want and which mechanisms should be privileged in its implementation.

DESCRIPTORS: *Decentralization; Health Financing; SUS.*

¹ MD, MPH, Ph. D, pesquisadora, docente do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
Av. Brasil, 4.036 – sala 707 – Manguinhos
CEP 21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
e-mail: calmeida@ensp.fiocruz.br

INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária brasileira foi formulada na perspectiva de romper com o modelo corporativista tradicional, reverter a linha privatizante da política setorial e integrar áreas correlatas de política social, histórica e estruturalmente tratadas em separado. Formalizou um conceito ampliado de saúde (correlacionando-a com condições de vida, trabalho e lazer) e mecanismos de participação e controle social. Propôs a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), com acesso universal e igualitário, atenção integral em todos os níveis, com privilégio do setor público e regulação efetiva sobre o setor privado. Pressupunha, para sua operacionalização, recuperação e ampliação do sistema de serviços de saúde segundo a base geográfico-territorial, além de descentralização e fortalecimento do poder local; revisão das fontes e mecanismos de financiamento (inclusive tributação); mudança dos mecanismos de compra de serviços e das relações com os produtores de insumos e equipamentos. Com a implementação do SUS pretendia-se, portanto, materializar o direito de cidadania na saúde.

A reforma setorial e a criação do SUS significou, de fato, no plano legal, uma mudança extremamente expressiva na política de saúde brasileira. A descentralização do SUS é o eixo central da implemen-

tação da reforma, mudando a maneira de alocação de recursos, institucionalizando os fóruns participativos no processo decisório, definindo estratégias prioritárias e mecanismos de indução que pretendem impulsionar a reorganização dos sistemas locais de saúde numa perspectiva transformadora.

Pode-se afirmar, hoje, que a descentralização do sistema de serviços de saúde para o nível municipal, sobretudo da atenção básica e

A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA FOI FORMULADA NA PERSPECTIVA DE ROMPER COM O MODELO CORPORATIVISTA TRADICIONAL, REVERTER A LINHA PRIVATIZANTE DA POLÍTICA SETORIAL E INTEGRAR ÁREAS CORRELATAS DE POLÍTICA SOCIAL, HISTÓRICA E ESTRUTURALMENTE TRATADAS EM SEPARADO

ambulatorial, é inegável. Entretanto, vários têm sido os percalços e as dificuldades nesse percurso. Avaliar a gestão de uma política de reforma setorial cujos mecanismos de operação do sistema de serviços foram seu principal eixo de implementação pressupõe analisar em que medida esses instrumentos estão, de fato, possibilitando o alcance dos objetivos formulados inicialmente.

Os efeitos de uma política podem ser analisados de várias formas,

existindo diversas maneiras de medir o cumprimento de objetivos na sua implementação. Cada uma delas produz diferentes resultados. A atuação do Estado no campo social e sua inter-relação com a sociedade também podem ser examinadas acompanhando as conseqüências das políticas de reforma já institucionalizadas, pois, uma vez implementadas, interferem com interesses constituídos, mudam a agenda pública e os padrões de conflito entre grupos que impulsionam as mudanças subsequentes (SKOCPOL; AMENTA, 1986). Em síntese, as causas e os objetivos originais de uma determinada política não são necessariamente os mesmos que determinam os seus desenvolvimentos. E isto se dá não apenas pela resistência dos perdedores ou opositoristas, mas pela inerente dinâmica de sua operacionalização: frequentemente a implementação de uma política de reforma traz resultados inesperados ou não previstos por seus formuladores.

As estruturas estatais e o desenho institucional afetam o processo decisório de uma determinada política, a partir de mecanismos administrativos e também políticos (EVANS; RUESCHEMEYER; SKOCPOL, 1985; SKOCPOL; AMENTA, 1986; ARRETICHE, 2003). Porém, a forma de implementação, os mecanismos e incentivos, os instrumentos de indução e controles escolhidos para operacionalizar e gerir determinada política interferem na qualidade de ação dos governos,

assim como nas formas de medir seus resultados, e refletem valores e escolhas políticas em momentos específicos, revelando os objetivos estratégicos de diferentes opções. Sendo assim, não são apenas os atributos da gestão local que garantem o cumprimento dos objetivos da reforma. “Modificações nos instrumentos não significam (...) modificação de paradigma, isto é, na hierarquia de objetivos de uma política pública” (HALL, 1993 *apud* ARRETCHÉ, 2003. p. 332). Apesar disso, os instrumentos escolhidos e a forma de operacionalização do desenho institucional podem, de fato, alterar os objetivos iniciais de uma política. Daí a necessidade de um processo contínuo e permanente de avaliação, revisão e correção de rota, desde que os objetivos iniciais se mantenham vigentes, assim como a vontade política de alcançá-los.

Nessa perspectiva, a pergunta fundamental que permanece no debate é: o direito legal de acesso universal e equitativo a ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade vem sendo assegurado a todo cidadão brasileiro como registrado na Constituição de 1988? Ou, em outras palavras, em que medida o processo de implementação do SUS está caminhando nessa direção?

Com a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS, dezembro de 2003), essa discussão é crucial e foram definidos dez eixos

temáticos, discutidos pelo Ministério da Saúde (MS) – que identifica para cada um deles lacunas e desafios a serem enfrentados e diretrizes de atuação para o avanço na consolidação do SUS e da reforma setorial (BRASIL, 2003).

Este artigo pretende contribuir para a discussão, privilegiando a análise de um desses eixos temáticos que, por outro lado, é uma das dimensões centrais da implementação do SUS: as relações intergover-

O DIREITO LEGAL DE ACESSO UNIVERSAL
E EQUITATIVO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE
EM TODOS OS NÍVEIS DE COMPLEXIDADE VEM
SENDO ASSEGURADO A TODO CIDADÃO
BRASILEIRO COMO REGISTRADO NA
CONSTITUIÇÃO DE 1988?

namentais estabelecidas pelo processo de descentralização do sistema.

RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS
E DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS

A implementação do SUS teve um caráter claramente municipalista. Ainda que constitucionalmente o município seja definido como responsável pela gestão de serviços e ações de saúde, previa também a cooperação técnica e financeira das demais

esferas governamentais. Fatores políticos e conjunturais foram particularmente importantes nesse processo (como a ‘era Collor’ e a sua destituição), porém, a especificidade do novo pacto federativo brasileiro, que começou a ser desenhado na década de 1980, refletiu de forma particular na área da saúde, condicionando o ritmo de implementação da reforma e alguns de seus impasses.

Na área social como um todo, e de saúde em particular, como se trata de políticas nacionais com caráter redistributivo (SANTOS, 1998), nos diversos países a estrutura federativa do Estado sem sombra de dúvida é um fator importante mas não impeditivo *a priori* da implementação dessas políticas. O desenvolvimento histórico dos sistemas de saúde no século XX oferece exemplos elucidativos do esforço desenvolvido para a garantia de implementação de direitos universais de acesso a serviços de saúde, segundo princípios nacionais, tanto em países com sistemas centralizados em termos de financiamento e mais organizados em redes regionais, hierarquizadas e articuladas localmente (como o Reino Unido) (RUGGIE, 1996; BUTLER, 1994) quanto em países muito descentralizados (como Suécia e Canadá) (TSALIKIS, 1989; IMMERGUT, 1992). Também temos exemplos paradigmáticos da importância da regulação em sistemas fragmentados, mas administrados corporativamente e sob segura batuta cen-

tral (como a Alemanha) (LEICHTER, 1979; STONE, 1980; GIOVANELLA, 2001); assim como da implementação de programas nacionais em países igualmente descentralizados, mas sem uma política de saúde universal (como os EUA) (RUGGIE, 1996; STARR, 1991). O que muda em cada país é o caráter da política de saúde como política social (ordem e ritmo da intervenção estatal, escopo da legislação, esquema de financiamento, formato burocrático e institucional de administração); e a natureza do federalismo, das transferências e dos incentivos, como também a forma de implementá-los.

O federalismo pressupõe relações intergovernamentais “constitutivamente competitivas e cooperativas”, com modalidades de interação entre níveis “necessariamente baseadas na negociação”. Entretanto, as relações entre federalismo e descentralização são sempre complexas, pois configuram “um compromisso particular entre difusão e concentração do poder político em virtude de algum modelo compartilhado de nação e de graus socialmente desejados de integração política e de equidade social” (ALMEIDA, 1996. p. 14). E, no caso brasileiro, esse compromisso e esse modelo não são claros e os formatos implementados são carregados de contradições, moldados à princípio pela transição política e, posteriormente, pela dinâmica dos ajustes macroeconômicos.

A descentralização setorial no Brasil está inserida num processo mais amplo de passagem de uma forma extrema de federalismo centralizado para alguma modalidade de federalismo cooperativo, ainda não completamente definido (veja-se o atual debate sobre a reforma tributária). O fato desse processo ter sido iniciado antes de 1988 está mais vinculado à dinâmica da democratização e crise fiscal do Estado, que foram os grandes condicionantes e determinantes da

A DESCENTRALIZAÇÃO SETORIAL NO BRASIL
ESTÁ INSERIDA NUM PROCESSO MAIS AMPLO
DE PASSAGEM DE UMA FORMA EXTREMA DE
FEDERALISMO CENTRALIZADO PARA ALGUMA
MODALIDADE DE FEDERALISMO COOPERATIVO,
AINDA NÃO COMPLETAMENTE DEFINIDO

transformação do sistema federativo brasileiro, em curso há praticamente duas décadas, no qual a política social é apenas um dos elementos (ALMEIDA, 1995; 1996; MELO, 1993; MELO; AZEVEDO, 1996), do que especificamente à política de reforma setorial. Esses dois fatores – econômico e político – ainda que concomitantes, tiveram pesos e influência diversos, sendo que nos anos 1980 os impulsos democratizantes foram mais importantes e, após 1988, os

constrangimentos econômicos ganharam destaque (ALMEIDA, 1996. p. 16).

A Constituição de 1988 de fato definiu um novo arranjo federativo, com significativa transferência de recursos, capacidade decisória e funções. A federação brasileira redesenhada se caracteriza por forte descentralização das competências tributárias, sem mecanismos de redistribuição horizontal da receita arrecadada, perpetuando as disparidades inter-regionais; alta descentralização do gasto final de governo (maior inclusive para o gasto social, com exceção da Previdência Social); e elevado nível de autonomia orçamentária, principalmente para os municípios (AFONSO, 1994; DAIN, 1995; PRADO, 2001). Isto significou também, inicialmente, uma substancial perda relativa da União na receita fiscal do país (ROSA, 1989 *apud* MELO; AZEVEDO, 1996), recuperada depois com o aumento da carga e recentralização tributária (com o Fundo de Estabilização Fiscal e a Lei Kandir) (PRADO, 2001; LESBAUPIN, 2000), e transferiu primeiro recursos, sem definição clara dos encargos correspondentes e sem uma estratégia de redefinição das respectivas competências dos níveis de governo (AFONSO, 1994; MELO; AZEVEDO, 1996; PRADO, 2001), retirando-os posteriormente, mas mantendo os encargos e sobrecarregando o nível local.

Esse desenvolvimento peculiar teve duas conseqüências principais: não há qualquer orientação geral

para a necessária adequação dos mecanismos de financiamento federativo, sendo que grande parte do processo de descentralização é comandado pela dinâmica desse financiamento, e inverte-se a relação de determinação: é a descentralização financeiro-orçamentária que define a descentralização dos encargos, ou em outras palavras – “a receita tende a gerar seus próprios gastos” (PRADO, 2001, p. 2). Embora alguns municípios tenham ampliado de forma importante suas receitas próprias e inovado de forma significativa a gestão local (LESBAUPIN, 2000), os instrumentos que operam a distribuição dos recursos entre níveis de governo ganham especial importância, sendo essencial avaliar os mecanismos que determinam a capacidade de gasto dos governos sub-nacionais, especialmente os municípios.

No âmbito das políticas sociais, a descentralização teve motivações diversas daquelas que geraram a redefinição do pacto federativo, mas também apontaram para a municipalização. Além disso, não existe consenso sobre os graus desejados de integração política e equidade social, embora esses termos frequentemente o discurso político-reformista. Concretamente, nos anos 1980, com a transição, não se tratava de redefinir a natureza da intervenção pública de caráter social no âmbito de um novo pacto federativo que fortalecesse os estados, mas de redistribuir competências e funções de forma a

‘aproximar’ os governantes das necessidades da população, responsabilizando-os por suas políticas, e incrementar o acesso da população aos serviços sociais. A falta de um centro de comando do processo foi particularmente importante, resultando em disputas e explicitação de distintos projetos com diferentes objetivos e prioridades, perpetuando lógicas particulares de ações setoriais que presidiram a redistribuição de competências e atribuições

NOS ANOS 1990,
A ÁREA SOCIAL FOI
NEGLIGENCIADA, EM
FUNÇÃO DAS PRIORIDADES
ESTABELECIDAS PELO AJUSTE
MACROECONÔMICO

nas diferentes áreas (ALMEIDA, 1996, p. 17-18). E, nos anos 1990, a área social foi negligenciada, em função das prioridades estabelecidas pelo ajuste macroeconômico.

O que se espera do atual governo Lula é a reversão desse modelo e a priorização da política social como *metapolítica* (SANTOS, 1998), isto é, a política que deveria orientar todas as demais, e não a perpetuação de sua submissão às políticas macroeconômicas de ajuste financeiro.

O recurso às normas operacionais para implementar a descentralização na saúde foi a resposta do executivo setorial frente a essa situação federativa e a partir delas tem-se tentado estruturar uma descentralização planejada de encargos entre níveis de governo. O SUS, como política nacional e como opção de implementação da reforma na saúde, não partiu de um modelo acabado, mas foi se desenhando paulatinamente, ao sabor dos dirigentes no poder e das formas específicas encontradas para superar os freqüentes impasses conjunturais, financeiros e políticos. Por outro lado, a arena decisória estruturada com a descentralização politizou de forma importante o processo de decisão. Daí os sucessivos ajustes que as diferentes normas proporcionaram. A forma de transferência de recursos aos estados e municípios anteriores aos anos 1990 teve características bastante diferentes daquelas verificadas ao longo da década (MÉDICI, 1996, VIANA, 1996; COSTA; SILVA; RIBEIRO, 1999; COSTA, 2001; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). O importante é analisar os rumos que essas sucessivas correções de rota estão imprimindo à reforma.

AUTONOMIA LOCAL X CONTROLE CENTRAL

A questão central que permanece no debate é a da autonomia da gestão local *versus* implementação de políticas de escopo nacional: a

autonomia plena seria desejável em nome da democracia e da heterogeneidade, mas é fortemente dependente da eficiência e competência dos sistemas decisórios locais e tendente a produzir mais fragmentação e perpetuar desigualdades; a vinculação condicionada, tal como implementada, transformou os municípios em 'preenchedores de requisitos burocráticos', inibindo a criatividade e o desenvolvimento de capacidade local para enfrentar demandas diferenciadas (GOULART, 2001; BARROS, 2001). Aparentemente, essa dinâmica espelha, por um lado, a falta de confiança do nível central na capacidade de implementação local, que não é infundada; mas também o afã do executivo federal na definição de critérios 'precisos', que garantam o cumprimento de parâmetros de política nacional fixados centralmente. O resultado concreto tem sido excessiva normatização burocrática, redução do poder de decisão local e controles funcionais desvinculados da avaliação de resultados, configurando o que alguns autores denominaram "descentralização tutelada" (ARRETCHÉ; RODRIGUEZ, 1999, p. 130).

Sendo assim, a diretriz do Ministério da Saúde de "superação do processo burocrático-normativo" (BRASIL, 2003, p. 11) é correta, mas seria importante discutir melhor os instrumentos e mecanismos a serem instituídos.

Embora seja difícil estabelecer uma base lógica e simples de reco-

mendação de mecanismos que induzam maior ou menor autonomia, uma análise mais precisa dependeria de vários fatores, mas ressalta-se entre eles a necessidade de maior clareza sobre o padrão de autonomia municipal vigente na enorme diversidade da realidade local. Por outro lado, a vinculação é uma alternativa correta para o SUS, mas deve ser formatada para ajustar as transferências efetuadas de forma dinâmica e eficiente (PRADO, 2001),

O RESULTADO CONCRETO TEM SIDO
EXCESSIVA NORMATIZAÇÃO BUROCRÁTICA,
REDUÇÃO DO PODER DE DECISÃO LOCAL E
CONTROLES FUNCIONAIS DESVINCULADOS DA
AVALIAÇÃO DE RESULTADOS, CONFIGURANDO
O QUE ALGUNS AUTORES DENOMINARAM
"DESCENTRALIZAÇÃO TUTELADA"

mantendo coerência entre os instrumentos introduzidos e os objetivos da política que se quer implementar. Apontaremos apenas algumas questões para reflexão que nos parecem importantes.

Os objetivos gerais de uma política de saúde que se pretende universal podem (e devem) ser nacionais e similares, mas não necessariamente a sua implementação deve ser "isonomista" (GOULART, 2001); em outras palavras, diversidade e hete-

rogeneidade não significam necessariamente fragmentação e impossibilidade de implementação de princípios nacionais. E as diferentes transferências financeiras para distintos programas ou atividades, também não são uma invenção brasileira nem um problema *per se*, podendo ser interpretadas como respostas específicas a distintos problemas. Mas as formas de pagamento e os mecanismos que balizam essas transferências fazem toda a diferença.

TRANSFERÊNCIAS FINANCEIRAS E INDUÇÃO CENTRAL

Na experiência de diversos países, sobretudo os desenvolvidos e que incluem a saúde na cesta de benefícios do Estado de Bem-estar Social, por sua natureza e por opção política, a área de saúde tem sempre algum grau de gestão centralizada de recursos, ainda que a execução do gasto seja (e em geral é) descentralizada. E isto é verdade mesmo em países em que a maior parte da arrecadação de recursos que financia o sistema é local, como na Suécia. Em geral, os aportes federais (ou estaduais) priorizam atividades ou programas que induzem um nível de gasto superior ao que resultaria de decisão orçamentária local e se destinam à indução do cumprimento de determinados objetivos, definidos pelos governos de níveis superiores ou acordados no pacto federativo, normalmente com

a finalidade de superar desigualdades e heterogeneidades. E, para tal, as condicionalidades são necessárias e amplamente utilizadas. Normalmente são operadas como *transferências negociadas*, ou *condicionadas*, de caráter complementar e adicionais às transferências legais, sendo mais 'flexíveis' e dirigidas a políticas seletivas, na perspectiva de propiciar maior uniformidade nos padrões do gasto *per capita*, ou para atender situações emergenciais ou excepcionais.

O sistema de transferência de recursos 'em bloco' (*block grants*), utilizado pelo SUS, é independente da contribuição do nível local para a provisão de serviços, induz as áreas menos povoadas a gastarem menos com saúde e privilegia as áreas urbanas, estimulando a competição fiscal com municípios vizinhos. O recurso a limites mínimos do gasto em saúde (Emenda Constitucional 29) também tenderá a prejudicar aqueles municípios menores (menos de 10 mil habitantes), uma vez que os maiores já atingiram o patamar de gasto preconizado (FERREIRA, 2002. p. 6), além de praticamente pouco ou nada alterar em relação ao gasto atual (MÉDICI, 2002). Outra alternativa, bastante utilizada em certos países são as chamadas 'transferências casadas' (*matching grant*), quando o governo central paga uma parcela fixa do total de gastos do nível local, regulado em função do seu interesse em incentivar um tipo es-

pecífico de gasto, o que reduziria o custo marginal do gasto social e tenderia a superar a sub-otimalidade do gasto local (PRADO, 2001; FERREIRA, 2002). O problema é que esse sistema exige um monitoramento rigoroso para coibir o incentivo às fraudes embutido na contabilização dos gastos. Federações altamente descentralizadas, com estados e municípios extremamente autônomos, inclusive em termos de arrecadação fiscal, como por exemplo, o Canadá (STE-

A VINCULAÇÃO ENTRE O RECURSO
FINANCEIRO REPASSADO E AS ATIVIDADES
ESPECÍFICAS TÊM GRANDE CHANCE DE SER
BEM SUCEDIDAS, COMO POR EXEMPLO, NO
CONTROLE DAS ENDEMIAS

VENSON; WILLIAMS; VAYDA, 1988) e a Suécia (IMMERGUT, 1992; ANELL, 1996), historicamente têm utilizado ambos os métodos de transferências, mas sempre na perspectiva de garantir a coordenação central dos rumos do sistema de saúde numa perspectiva universal e mais equitativa. Em síntese, centralização e descentralização pressupõem o estabelecimento de uma relação dialética entre distintos níveis e atores e não polarizações excludentes.

De uma maneira geral, quando a demanda e a necessidade podem ser quantificadas com alguma precisão, o que não é tarefa fácil mas não impossível, a vinculação entre o recurso financeiro repassado e as atividades específicas têm grande chance de ser bem sucedidas, como por exemplo, no controle das endemias (e outros programas verticais). No caso brasileiro, esse controle historicamente era realizado de forma centralizada, com relativo grau de sucesso, e foi desorganizado tanto pelo *stress* fiscal quanto pelo processo de descentralização, com recrudescimento de epidemias. Naqueles anos, quando a disponibilidade financeira foi menor, o programa que mais sofreu cortes foi o de Controle de Doenças Transmissíveis que, em 1996, alcançou o patamar mais baixo de gasto e, embora tendo recuperado mais recursos na segunda metade da década, a proporção que lhe foi destinada em 1999 era menor que a de 1993 (REIS; RIBEIRO; PIOLA, 2001). E existem indícios de que a descentralização também afetou de forma importante esses programas, primeiro porque não foram contemplados nas primeiras normas, centradas fundamentalmente na assistência médica; e segundo pela desorganização local frente à retirada do nível central que comandava e operava os programas verticais localmente (BRITO, 2002).

Quanto à priorização da atenção básica e dos repasses de recursos

per capita, são recomendados para os casos de países com níveis elevados de pobreza e grande desigualdade de distribuição de renda, na perspectiva de garantir níveis mínimos de atendimento de serviços básicos, não proporcionados por boa parte dos governos locais. Por outro lado, a experiência de países da OECD demonstra que a atenção primária (ou básica) tem sido priorizada, mesmo naqueles sistemas mais hospitalocêntricos (como a Suécia), ou nos tipicamente 'liberais' nesse nível de atenção (como a França). Os mecanismos e metas são diferentes de um país a outro, variando do repasse *per capita*, pagamento por capitação, por procedimento ou contratos, dependendo da especificidade de cada sistema. Mas de uma maneira geral, essas reformas têm a perspectiva de diminuir o gasto hospitalar e reduzir o número de leitos, por um lado, mas também buscam melhorar a eficiência produtiva nesse nível de atenção, definir porta de entrada no sistema, promover a integração planejada entre níveis e focalizar em medidas de prevenção (OR, 2002; SMEE, 2002; REHNOVIST, 2002; KLAZINGA, DELNOIJ; KULU-GLASGOW, 2002; WOFSON; ALVAREZ, 2002).

Com as mudanças na alocação de recursos para a atenção básica no SUS, a partir de 1998 (com o Piso de Atenção Básica - PAB), observa-se alguma melhora na redistribuição de recursos. Entretanto, essa

nova sistemática distributiva, apesar de igualar valores *per capita* para o financiamento de atividades ambulatoriais consideradas básicas, não leva em conta as desigualdades inter-regionais, seja no que se refere às necessidades de saúde, seja em relação à rede existente de serviços nas diferentes regiões (ALMEIDA *et al.*, 1999). Portanto, o *efeito homogeneizador* do PAB (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001. p. 288), embora possa ser mais redistributivo,

OS PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE REPRESENTAM
MAIS UMA SEGMENTAÇÃO NA ESTRUTURA DE
CONSUMO DE SERVIÇOS, QUE APROFUNDA AS
DESIGUALDADES GEOGRÁFICAS E SOCIAIS
EXISTENTES, UMA VEZ QUE A DISTRIBUIÇÃO
DA POPULAÇÃO COBERTA E NÃO-COBERTA É
HETEROGÊNEA E PRIVILEGIA AS REGIÕES MAIS RICAS

pode não ser mais equitativo, uma vez que o alcance da equidade pressupõe a distribuição desigual de recursos, para compensar as desigualdades (PORTO, 1997; ALMEIDA *et al.*, 1999). Além disso, o uso das séries históricas como base de cálculo para o financiamento da atenção básica, sem ajustes por algum indicador de necessidades, perpetua a desigualdade ou as carências históricas. E as diferentes estratégias e os incentivos para a atenção básica

(como os programas especiais – Programa Saúde da Família [PSF] e Programa de Agentes Comunitários de Saúde [PACS]), por um lado, e os demais procedimentos de maior complexidade e a atenção hospitalar, por outro, não estão direcionados para induzir a maior integração dos distintos níveis de complexidade da atenção e aumentar a resolutividade do sistema, nem levam em consideração a especificidade da realidade local, configurando, de fato, um 'pacote básico' e 'gargalos' de acesso que dificultam a mobilidade do usuário entre distintos serviços no sistema. Tampouco alteram as assimetrias históricas entre o setor público e o privado, cujo *mix* de serviços é diferente em cada localidade, estruturado segundo uma lógica de oferta desordenada e casuística, sem relação com as necessidades de saúde da população. E os planos privados de saúde representam mais uma segmentação na estrutura de consumo de serviços, que aprofunda as desigualdades geográficas e sociais existentes, uma vez que a distribuição da população coberta e não-coberta é heterogênea e privilegia as regiões mais ricas (TRAVASSOS *et al.*, 2000).

Os incentivos, por sua vez, não necessitam ser exclusivamente financeiros, podendo estar direcionados para as 'funções nobres' do nível federal (BARROS, 2001), fundamentalmente redistributivas, isto é, melhorar os níveis de equidade do sis-

tema de serviços – investimento em capacidade instalada, avaliação tecnológica, suporte técnico, desenvolvimento de capacidade de implementação, regulação e distribuição da força de trabalho, sistemas de informação e produção de indicadores de resultados, etc. A adesão dos níveis sub-nacionais deve ser induzida, sem dúvida, mas a plethora de instrumentos e de exigências burocráticas, atrelada a repasses e incentivos financeiros, tem levado à adesão formal aos requisitos, para ter acesso ao financiamento e não necessariamente vinculada ao alcance de determinados resultados.

A utilização do instrumento contrato, de forma genérica, como sugere a diretriz do Ministério da Saúde anteriormente mencionada (BRASIL, 2003. p. 11), pode ser uma alternativa, mas requer grande capacidade de implementação, seja do nível central, seja do nível estadual e local, uma vez que exige a definição clara do que se quer contratar, das metas que se quer alcançar e dos indicadores de desempenho para medir o alcance do cumprimento das cláusulas contratuais, assim como permitir um adequado monitoramento e uma avaliação dos resultados. Por outro lado, exigem considerável tempo de negociação entre ‘compradores’ e ‘vendedores’ de serviços (os chamados ‘custos de transação’). Nesse aspecto, a experiência inglesa pode ser uma referência: cada vez mais predominam os con-

tratos ‘em bloco’, que preservam a experiência histórica dos serviços e os custos de transação são altos, postergando a avaliação das necessidades de saúde, que deveria nortear a elaboração dos contratos de serviços a serem oferecidos (HAM, 1996; ILIFE; MUNRO, 2000).

A revisão da tendência municipalista (com a Norma Operacional de Assistência à Saúde [NOAS] 2001 e 2002), com recuperação do papel do nível estadual e a organização

PODER-SE-IA APROVEITAR, PORTANTO, PARA
DESENCADear UM PROCESSO AMPLO DE
REVISÃO DO SUS, SEJA DAS PRIORIDADES DA
POLÍTICA DE REFORMA, SEJA DAS RELAÇÕES
INTERGOVERNAMENTAIS, SEJA DAS FORMAS DE
TRANSFERÊNCIA E MECANISMOS DE INCENTIVOS

de regiões, é bem-vinda e quase tardia. Nas últimas décadas observa-se essa tendência à regionalização também nos distintos países, numa perspectiva de fortalecer a condução coordenada do sistema, vinculada a metas de maior responsabilização com a coisa pública e medidas de desempenho. Isso acontece mesmo naqueles países historicamente municipalistas (como a Itália) (BRENNAN; MAPELLI; TROGNI, 1988; BARILETTI, 1990), descentralizados (como Cana-

dá) (WOLFSON; ALVAREZ, 2002; CIHI, 2001) e Suécia (REHNOVIST, 2002; ANELL, 1996) ou centralizados (como o Reino Unido) (SMEE, 2001).

A dinâmica recente desse processo em alguns países é ilustrativa: cada vez mais o debate tem enfatizado os aspectos políticos das políticas de saúde (SMEE, 2002) e tem nos suscitado a revisão dos objetivos dos sistemas de serviços – o que se quer com as reformas? A questão do desempenho dos serviços de saúde, ponto central dessa agenda, tem obrigado a refletir sobre o “que se entende por sistema de saúde” (quais os seus limites) (WOLFSON; ALVAREZ, 2002. p. 134; PAHO, 2001a; 2001b; 2001c) e quais os objetivos se pretende priorizar. Essa dinâmica tem apontado para a mudança de foco nos controles, monitoramentos e mecanismos de indução. Poder-se-ia aproveitar, portanto, para desencadear um processo amplo de revisão do SUS, seja das prioridades da política de reforma, seja das relações intergovernamentais, seja das formas de transferência e mecanismos de incentivos, aliás, como preconizado no documento do Ministério (BRASIL; 2003 p. 12), mas levando em conta o aprendizado da experiência passada e, principalmente, os problemas que emergiram ou não foram resolvidos.

Seria necessário, portanto, investir com vigor nos sistemas de informação e monitoramento, vinculados, porém, à elaboração de indica-

dores de resultados e de um sistema de avaliação de desempenho que obrigaria repensar não apenas as formas de transferências e definição de papéis dos diferentes níveis de governo, mas também as prioridades e os rumos que se quer imprimir ao sistema. E para o isso, o próprio nível central teria que se capacitar, para induzir de forma efetiva e apoiar o desenvolvimento dos níveis subnacionais.

FLUXO DE PACIENTES E REDES DE SERVIÇOS

Quanto ao fluxo de pacientes entre redes de serviços de distintos municípios, também mencionado como um desafio pelo documento do Ministério (BRASIL, 2003), é o recurso natural, legítimo e legal do usuário/cidadão frente a uma oferta desigual e heterogênea, que o obriga a compor a 'cesta de consumo' necessária para curar suas mazelas segundo sua capacidade de deslocamento e acesso a sistemas mais bem equipados, principalmente quando não pode comprar no mercado os serviços de que necessita. Também não é uma especificidade do sistema brasileiro, pois vários outros países enfrentam esse problema. Entretanto, a solução não está apenas nos mecanismos de ressarcimento, uma vez que não resolvem a questão da sobrecarga de determinados serviços, das filas de espera ou da peregrinação pela busca

de atendimento que avilta o cidadão e, muitas vezes, pode resultar na sua morte, piora da enfermidade ou dano mais profundo.

Isto suscita a discussão sobre as dimensões do sistema que não foram tocadas na reforma da saúde e que agravam a heterogeneidade e a fragmentação. Entre elas, algumas seguem seu próprio curso, como a natureza do *mix* público e privado de serviços, a produção e distribuição de insumos médico-hospitalares,

ESSA ASSIMETRIA ENTRE O AVANÇO NO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO E AS ÁREAS NÃO TOCADAS NÃO É CASUAL, NEM É UMA QUESTÃO MENOR E DESVELA A NATUREZA DA REFORMA DE FATO IMPLEMENTADA

a regulação da força de trabalho (dimensão, distribuição, 'dupla militância', formas de remuneração, etc.); e outras que estão sendo mexidas há pouco tempo, como a regulação dos planos de saúde privados, a vigilância sanitária e epidemiológica, a produção/distribuição de medicamentos. Essa assimetria entre o avanço no processo de descentralização e as áreas não tocadas não é casual, nem é uma questão menor e desvela a natureza da

reforma de fato implementada. O investimento programado nas áreas com maior demanda e necessidades de saúde, mas com oferta inadequada, deveria estar embutido, portanto, nas revisões sugeridas acima, o que implica distribuição desigual de recursos numa perspectiva de maior busca da equidade.

ARENA DECISÓRIA, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

Um outro ponto relacionado a essa temática e que merece reflexão é a natureza dos mecanismos de participação e controle social institucionalizados com a reforma. Configurou-se uma dinâmica inovadora no processo decisório setorial, que tem alterado a correlação de forças na arena decisória e permitido a negociação na formulação e implementação da política de saúde. Desenhados numa perspectiva democratizadora, os diferentes fóruns constituem arenas privilegiadas em que os representantes dos diversos interesses setoriais expressam sua voz e voto. E as diferentes normas operacionais que regulamentam o processo de descentralização restauraram o poder de comando do sistema pelo Ministério de Saúde, deslocando outras esferas de poder (como o Legislativo). Entretanto, "a dinamização e ampliação do processo de negociação e participação" (BRASIL, 2003, p. 12) deveria levar em consideração algumas questões, que destacamos a seguir.

O processo de decisão institucionalizado tem deslocado os movimentos de participação e expressão na área setorial para as Comissões Intergestoras – CIT (em nível federal e estadual), eminentemente tecnoburocráticas. E a CIT cumpre papel arbitral nas complicadas negociações relativas à descentralização política, administrativa e financeira do SUS, uma vez que reúne, em nível federal, os principais gestores da arena, e sua pauta de discussão é praticamente elaborada pelo executivo central. Essa institucionalização resgata, em certa medida, o poder da tecnoburocracia setorial e traz para esse fórum de negociação entre gestores os conflitos inerentes às relações entre os diversos níveis de governo, tendendo a favorecer aqueles atores que historicamente já detinham maior poder de barganha, ou que passam de um cargo a outro, permanecendo na esfera de poder, não raro em diferentes níveis de governo. Mais ainda, essa dinâmica legitima as propostas de política do governo federal.

Isso se dá também em detrimento de certo desprestígio dos foros colegiados com participação paritária da sociedade civil, como os Conselhos de Saúde, nos diversos níveis, nos quais persistem muitos problemas, mencionados na literatura, desde a dificuldade de participação em discussões técnicas, falta de rotatividade das representações, até o desvirtuamento do papel dos Conselhos e falta de efe-

tividade prática de discussões e decisões (CORTES, 1998; VALLA, 1998; CARVALHO, 1995; LABRA, 2001).

Atualiza-se, assim, a discussão sobre os mecanismos mais adequados para o exercício da democracia participativa, além de suscitar a reflexão sobre a funcionalidade e pertinência desses arranjos institucionais (SANTOS, 1998; LESBAUPIN, 2000). A maior politização das discussões sobre a reforma setorial, a complexificação das negociações e a obri-

O GRANDE DESAFIO PARA
REFORMA NA SAÚDE ESTÁ
EM EXPLICITAR CLARAMENTE O
QUE SE PRETENDE COM O SUS
E DIMENSIONAR QUE TIPO
DE AJUSTE É NECESSÁRIO

gatoriedade de exposição ao debate de diferentes ‘projetos’ e perspectivas na implementação da reforma é um ganho em si, mas não elimina ou minimiza necessidades de ajustes e revisões de mecanismos.

PARA CONCLUIR

O grande desafio para a reforma na saúde está em explicitar claramente o que se pretende com o SUS e dimensionar que tipo de ajus-

te é necessário. Queremos um ‘sistema nacional de saúde’ ou um ‘subsetor público para pobres’ ou menos aquinhoados, isto é, mais de 70% da população? Na realidade nunca houve consenso entre os diversos atores sobre a ‘imagem-objetivo’ do SUS.

Sem desqualificar os avanços conseguidos (que não são poucos) e a complexidade desse empreendimento, num país continental, com enorme heterogeneidade e imensas desigualdades, até o momento o resultado do processo de reforma não tem apontado para a construção do SUS tal como formulado na Carta Magna e nas leis que o instituíram. Inicialmente pensado como um sistema nacional de saúde, predominantemente público, que harmonizasse e regulasse o complexo *mix* público e privado de serviços (sua marca histórica e estrutural), o SUS é visto hoje pela população, *policy makers*, analistas, pesquisadores e outros diferentes atores, como o ‘subsistema’ público, ou a ‘alternativa’ para os que ‘não podem pagar’, ou a ‘oportunidade’ de uso de certos serviços para os que pagam por serviços privados, mas dispõem de acesso diferenciado ao SUS a partir de canais privilegiados. A fragmentação e dualidade do sistema têm sido confirmadas (vingou a segmentação perversa e o *mix* público/privado desordenado), a heterogeneidade e as desigualdades não têm sido superadas.

Isto não quer dizer que não caminhamos nada. Ao contrário, caminhamos bastante, mas numa direção diferente daquela preconizada pelo impulso inicial da reforma. Talvez assumir essa constatação seja o primeiro passo para mudar e isso só será possível repensando que sistema de saúde queremos e quais mecanismos devem ser privilegiados na sua implementação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AFONSO, J. R. R. Dilemas da Saúde: Financiamento e Descentralização. Apresentado no Fórum *As novas políticas sociais: financiamento e gestão*. Os desafios do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: IPEA, 1994.
- ALMEIDA, C., et al. A reforma sanitária brasileira: em busca de equidade. *Research in Public Health, Technical Report*, Washington: OPAS, 1999, 89 p.
- ALMEIDA, M. H. Federalismo e Políticas Sociais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo: ANPOCS, v. 10, n. 28, 1995, p. 109-122.
- ALMEIDA, M. H. Federalismo e Políticas Sociais. In: AFONSO, Rui de B. A.; SILVA, Pedro Luis B. *Federalismo no Brasil – Descentralização e Políticas Sociais*. São Paulo: FUNDAP, 1996. p. 13-40.
- ANELL, A. "The monopolistic integrated model and health care reform: the Swedish experience". *Health Policy*, n. 37, 1996. p. 19-33.
- ARRETCHÉ, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Saúde & Ciência Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2. 2003. p. 331-343.
- ARRETCHÉ, M.; RODRIGUEZ, V. (1999). Descentralizar e universalizar a atenção à saúde. In: *Descentralização das Políticas Sociais no Brasil*. São Paulo: FAPESP/IPEA/Edições FUNDAP, 1999. p. 126-158.
- BARILETTI, A. et al. "Aspetti Distributivi del Consumo di Servizi sanitari in Italia", *Economia Pubblica*, n.4/5, 1990. p. 193-200.
- BARROS, E. Implementação do SUS: recentralizar será o caminho? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001. p. 307-310.
- BRENNA, A.; MAPELLI, V.; TROGNI, L. "Analisi della Spesa e della Alocazione delle Risorse nel Servizio Sanitario Nazionale" *Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica, Ricerche*. Roma: Ministero del Tesoro n. 16/88, ottobre. 1998.
- BRITO, J. da S. A descentralização da gestão dos serviços de controle da malária no Brasil. Projeto de Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Março de 2002. (mimeo).
- BUTLER, J. (1994), "Origins and Early Developments". In: ROBINSON, Ray; LE GRAND, Julian (Ed.). *Evaluating the NHS Reforms*. London: King's Fund Institute, 1994. p. 12-23).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *12ª Conferência Nacional de Saúde Sergio Arouca. Propostas e Diretrizes do Ministério da Saúde para os Eixos Temáticos*. 2003. (mimeo).
- CARVALHO, Antonio Ivo de. *Conselhos e saúde no Brasil – participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: IBAM/FASE, 1995. 135 p.
- CANADIAN INSTITUTE OF HEALTH INFORMATION (CIHI). *Health Care in Canada*. Canada: CIHI <<http://www.cihi.ca>>, 2001.
- CORTES, S. M. V. Conselhos Municipais de Saúde: avaliações otimistas e pessimistas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, 1998. p. 33-35.
- COSTA, Nilson do Rosário. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectivas. In: BARIAS NEGRI; DI GIOVANNI, Geraldo (Org.). *Brasil. Radiografia da Saúde*. Campinas, SP: Instituto de Economia/ Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), 2001. p. 308-321.
- COSTA, Nilson do Rosário; SILVA, P. L. B.; RIBEIRO, José Mendes. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, v. 3, Jul.-Set., 1999. p. 33-56.
- DAIN, Sulamis. Seguridade Social: As mudanças necessárias. *Saúde em Debate*, Londrina, PR, n. 48, 1995. p. 29-30.

- EVANS, P.; RUESCHEMEYER, D.; SKOCPOL, T. (Eds.). *Bringing the State Back*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
- Ferreira, S. G. Federalismo Fiscal – Municípios: Despesas com saúde e Transferências Federais. *Informe-se – Boletim BNDES*, Rio de Janeiro, n. 38, fevereiro, 2002.
- GIOVANELLA, Lígia. *Entre solidariedade e subsidiariedade. Sistema de atenção à saúde e reformas contemporâneas na Alemanha*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.
- GOULART, F. A. de A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... – considerações sobre o processo de formulação das NOBS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001. p. 292-298.
- HAM, C. "Population-Centered and Patient-Focused Purchasing: The U.K. Experience". *The Milbank Quarterly*, v. 74, n. 2, 1996. p. 191-214.
- LIFFE, S.; MUNRO, J. New Labor and Britain's National Health Service: an Overview of Current Reforms. *International Journal of Health Services*, v. 30, n. 2, 2000. p. 309-334.
- IMMERGUT, Ellen M. "The Swedish Case: Executive dominance". In: IMMERGUT, Ellen M. *Health Politics – Interests and Institutions in Western Europe*, Cambridge Studies in Comparative Politics. New York: Cambridge University Press, 1992. p. 179-225.
- KLAZINGA, N.; DELNOIJ, D.; KULU-GLASGOW, I. Can a Tulip Become a Rose? The Dutch Route of Guided Self-Regulation Towards a Community-Based Integrated Health Care System. In: OECD, *Measuring Up – Improving Health System Performance in OECD Countries*. Paris: Editora da OEDC, 2002.
- LABRA, Maria Eliana. Processo Decisório e Conselhos de Saúde. Balanço a partir da Produção Acadêmica (1996-2001), 2001.
- LEICHTER, H. M. *A comparative approach to policy analysis – health care policy in four nations*, Cambridge: Cambridge University Press, 1995. p. 156-199.
- LESBAUPIN, I. *Poder Local x Exclusão Social – A experiência das prefeituras democráticas no Brasil*. Petrópolis, RJ:Vozes, 2000.
- LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. (2001). Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001. p. 269-291.
- MÉDICI, A. C. Descentralização e Gastos em Saúde no Brasil. In: AFONSO, Rui de B. A.; SILVA, Pedro Luis B., *Federalismo no Brasil – Descentralização e Políticas Sociais*. São Paulo: FUNDAP, 1996. p. 13-40.
- MÉDICI, A. C. *El Desafío de la Descentralización: Financiamiento Público de la Salud en Brasil*. Washington, D.C. :BID, 2002.
- MELO, M. A.; AZEVEDO, S. Mudanças Institucionais, Reforma do Financiamento da Seguridade Social e a Reforma Tributária no Brasil, 1990-1996. *Relatório Final de Pesquisa*, Programa de Dotação para a Pesquisa FORD/ANPOCS, 1996. (mimeo).
- MELO, M. A. A anatomia do fracasso: intermediação de interesses e a reforma das políticas sociais na Nova República. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, 1993. p. 119-163.
- OR, Z. Improving the performance of health systems: from measures to action (a review of experiences in four countries). *Labour Market and Social Policy – Occasional Papers No. 57*. Paris: OECD, 2002.
- PAHO. Regional Consultation of the Americas on Health Systems Performance Assessment (background paper for the regional consultation). Final Report. WHO: PAHO, 2001. Health system performance assessment and improvement in the regions of the Americas. Washington, DC: PAHO/WHO, 2001a.
- _____. Desarrollo y fortalecimiento de la información para la gestión y operación de los servicios de salud. Documento borrador: actualización 04/2001. Washington, DC: PAHO, 2001b.
- _____. Indicadores de salud: Elementos básicos para el análisis de la situación de salud. *Boletín Epidemiológico*, 22, n. 4, 2001c. p. 1-5. Washington, DC.

- PORTO, Silvia Marta. *Eqüidade na distribuição geográfica dos recursos em saúde – uma contribuição para o caso brasileiro*. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.
- PRADO, S. Transferências Fiscais e Financiamento Municipal no Brasil. In: RESENDE, F. A., *descentralização Fiscal e Cooperação Financeira Intergovernamental*. São Paulo: EBAF/K. Adenauer, 2001. (mimeo).
- REIS, C. O. O., RIBEIRO, J. A. C.; PIOLA, S. F. Financiamento das Políticas Sociais nos anos 1990: O caso do Ministério da Saúde. *Texto para Discussão*, 802, Brasília: IPEA, 2001.
- REHNOVIST, N. Improving Accountability in Decentralized System: a Swedish Perspective. In: OECD, *Measuring Up – Improving Health System Performance in OECD Countries*. Paris: Editora da OEDC, 2002.
- RUGGIE, M. *Realignments in the Welfare State – Health Policy in the United States, Britain, and Canada*. New York: Columbia University Press, 1996. p. 131-184.
- SANTOS, W. G. A Trágica Condição da Política Social. In: ABRANCHES, S.; SANTOS, W. G. dos; COIMBRA, M. A. *Política Social e Combate à Pobreza*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1998. p. 33-64.
- SKOCPOL, T.; AMENTA, E. “States and Social Policies”. *Annual Review of Sociology*, n. 12, 1986. p. 131-57.
- SMEE, C. H. Improving Value for Money in the United Kingdom National Health Service: Performance Measurement and Improvement in a Centralised System. In: OECD, *Measuring Up – Improving Health System Performance in OECD Countries*. Paris: Editora da OEDC, 2002.
- STARR, P. *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de America*. México: Biblioteca de la Salud/Secretaria de Salud-Fondo de Cultura Económica, 1991.
- STEVENSON, H. M.; WILLIAMS, A. P.; VAYDA, E. (1988), “Medical Politics and Canadian Medicare: Professional Response to the Canada Health Act”. *The Milbank Quarterly*, v. 66, n. 1, 1988. p. 65-104.
- STONE, D. *The Limits of Professional Power – the NHI in the Federal Republic of Germany*, Chicago: The University of Chicago Press, 1980. p.18-54.
- TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades Geográficas e Sociais na Utilização de Serviços de Saúde no Brasil (Geographical and Social Inequalities in health service utilization in Brazil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, 2000. p. 133-150.
- TSALIKIS, G. “The Political Economy of Decentralization of health and Social Services in Canada”. *International Journal of Health Planning and Management*, n. 4, 1989. p. 293-309.
- VALLA, Victor Vicent. Comentários a “Conselhos de saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, 1998. p. 32-32.
- VIANA, A. L. SUS: entraves à descentralização e propostas de mudança. In: AFFONSO, Rui de B. A.; SILVA, Pedro Luis B. *Federalismo no Brasil – Descentralização e Políticas Sociais*. São Paulo: FUNDAP, 1996. p. 269-295.
- WOLFSON, M.; ALVAREZ, R. Towards Integrated and Coherent Health Information Systems for Performance Monitoring: The Canadian Experience. In: OECD, *Measuring Up – Improving Health System Performance in OECD Countries*. Paris: Editora da OEDC, 2002.

Descentralização e Accountability em uma Região de Saúde

Decentralization and Accountability in a Health District

Juliano de Carvalho Lima¹

RESUMO

Este artigo tem o objetivo de discutir a relação prática entre dois conceitos fundamentais para a administração pública da saúde: descentralização e accountability. Toma-se como referência para reflexão a experiência da 6ª Região de Saúde no Rio Grande do Sul. A assessoria descentralizada aos municípios e o modelo de financiamento promoveram descentralização e autonomia. Ao mesmo tempo, a 6ª Coordenadoria Regional de Saúde buscou fortalecer o sistema de petição e prestação de contas em relação aos municípios ampliando a participação da população no controle das políticas públicas.

DESCRITORES: *Descentralização; Accountability; Sistema de Saúde; Administração Pública; SUS.*

ABSTRACT

This article's goal is to discuss the practical relationship between two fundamental concepts of Public Administration of Health: decentralization and accountability. We take the experience in the 6th Health Region in Rio Grande do Sul, Brazil, as a reference to reflection. The decentralized consulting applied to the municipalities and the financing model both promoted decentralization and autonomy. At the same time, the 6th Health Region strengthened the requisition and accountability systems, increasing popular participation in public policy control.

DESCRIPTORS: *Decentralization; Accountability; Health System; Public Administration; SUS.*

¹ Mestre em Saúde Pública, professor de Planejamento em Saúde da Universidade Gama Filho do Rio de Janeiro, tutor do Curso de Aperfeiçoamento Gestão em Saúde – Ensino a Distância da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), assessor-chefe de Planejamento da Fundação Municipal de Saúde de Niterói (RJ)
Rua Benjamin Constant, 135/308
CEP 20241-150 – Rio de Janeiro – RJ
e-mail: julianolima1@aol.com

INTRODUÇÃO

Em estudo realizado sobre a gestão de um sistema regional de saúde no Rio Grande do Sul, pudemos observar a conformação de uma gestão descentralizada, com envolvimento de vários atores no processo de tomada de decisão e, ao mesmo tempo, a organização de mecanismos que visavam garantir que os gestores municipais de saúde prestassem conta de suas ações (LIMA, 2003).

Chamou-nos a atenção o fato da ênfase desses mecanismos de petição e a prestação de contas não estarem voltados para a regulação exclusivamente da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (6ª CRS) sobre os municípios, mas sim organizados de modo a permitir maior envolvimento da população no processo de prestação de contas através, principalmente, dos conselhos de saúde e de audiências públicas nos municípios.

Naquele momento destacávamos a importância destes mecanismos para ampliar a *accountability* na região, compreendendo esta última como a existência de mecanismos institucionais efetivos que permitem aos cidadãos serem esclarecidos e cobrarem o cumprimento das responsabilidades dos governantes, gerando comprometimento permanente dos dirigentes públicos em relação às necessidades da população. A pouca interação com o tema

e o fato de estarmos trabalhando com foco voltado para o processo de gestão global não nos permitiu um aprofundamento dessa discussão.

No entanto, esses resultados nos remetem, agora, para uma discussão sobre um tema bastante caro à administração pública do setor saúde: como conciliar maior descentralização com maior responsabilidade para com os cidadãos?

Dentre as principais idéias de Contandriopoulos (1996, p. 60) para

A DESCENTRALIZAÇÃO TEM SIDO UM DOS MAIORES CONSENSOS NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS, INCLUSIVE ENTRE OS DIFERENTES MOVIMENTOS DE REFORMA DO ESTADO E DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

superar a crise mundial na saúde e organizar uma nova utopia para o setor, está a necessidade de se “Assegurar o papel central dos cidadãos no sistema de saúde; descentralizar as decisões e o funcionamento dos sistemas de saúde; associar a autonomia sobre os modos de fazer e uma obrigação de prestar contas dos resultados obtidos”.

Para Trosa (2001, p. 47), trata-se de uma verdadeira revolução cultural: “Sou mais livre mas devo

também ser capaz de melhor prestar contas.”

Neste artigo buscaremos explorar alguns dos resultados obtidos no referido estudo, resultados estes que permitam lançar alguma luz sobre aquela pergunta, no âmbito do sistema de saúde brasileiro. Para tanto, focalizaremos brevemente as atuais discussões sobre descentralização e *accountability*. Em seguida, apresentaremos o caso da 6ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, destacando alguns dos aspectos da sua gestão que, ao nosso ver, contribuíram para combinar descentralização e *accountability*.

DESCENTRALIZAÇÃO E ACCOUNTABILITY: BREVE DISCUSSÃO CONCEITUAL

A descentralização tem sido um dos maiores consensos no âmbito das políticas públicas, inclusive entre os diferentes movimentos de reforma do Estado e da administração pública. Ela tem sido difundida tanto pelos movimentos mais conservadores, quanto pelos mais progressistas. Variam, porém, a percepção e os objetivos: redução do tamanho do Estado e maior eficiência no primeiro caso, e maior eficácia, justiça social e democracia no segundo (JUNQUEIRA, 1997).

Muito tem sido escrito e discutido sobre o tema. Mas qualquer que seja o conceito de descentralização que se adote, ele pressupõe, sempre, transferência de poder do nível central para os outros espaços de

poder, garantindo maior controle das instâncias descentralizadas sobre a tomada de decisão.

Misoczky (2002) diferencia descentralização administrativa de descentralização política. Na primeira, prevaleceria uma transferência de competências e funções, com o objetivo de alcançar maior eficiência na gestão. Neste texto, no qual se busca uma articulação entre descentralização e *accountability*, adotamos uma abordagem de cunho mais político, aproximando o tema de idéias como democracia, transferência de poder e justiça social. Este tipo de abordagem pressupõe autonomia de recursos e de poder de decisão nos níveis descentralizados, e o estabelecimento de espaços de participação dos cidadãos. Ao mesmo tempo consideramos, em função da natureza do caso apresentado (uma região de saúde), as duas dimensões abordadas por Hortale (1997): a dimensão territorial, pela maior proximidade do nível local com os serviços, quando haveria maior possibilidade de controle por parte dos setores organizados; e a dimensão funcional, pela criação de espaços de autonomia e participação.

No Brasil a descentralização entrou em cena de maneira pragmática a partir da redemocratização do País. Houve várias razões para isto, dentre elas a percepção de um déficit de efetividade e responsabilização nas políticas sociais (COSTA, SILVA e RIBEIRO, 1999) e o desejo de democratização dos setores progres-

sistas (ANDRADE, 1996). Por isso a descentralização é tão associada tanto à maior possibilidade de execução das políticas sociais – como exemplo, ver associação entre descentralização e acesso aos serviços de saúde, estabelecida por Hortale (2000) – quanto à maior possibilidade de democratização, através da maior participação e controle realizado pela população. No entanto, o potencial democratizante da descentralização vem sendo relativizado.

A ESTRUTURA DE PODER LOCAL,
PRINCIPALMENTE NOS MUNICÍPIOS
MENORES, AINDA É UM POTENTE FATOR
EXPLICATIVO PARA AS DIFICULDADES DA
DESCENTRALIZAÇÃO, POIS NESTES MUNICÍPIOS
AINDA PREVALECE UMA ESTRUTURA
POLÍTICA PATRIMONIALISTA

Trosa (2001) relata experiências de países da OCDE que investiram na descentralização e, hoje, sentem alguns efeitos negativos deste processo. Determinados problemas surgiram na tentativa de implementação de objetivos transministeriais devido à fragmentação e ao isolamento das organizações.

Já no Brasil, a descentralização é impulsionada a partir da Constituição Federal de 1988, e a partir de então tem havido uma transferência pro-

gressiva de responsabilidades para os governos estaduais e municipais. Uma análise cuidadosa da descentralização no Brasil demonstra a sua complexidade e ambigüidade:

Os conflitos de interesse entre as esferas de governo, as prioridades divergentes das elites políticas locais, a aparente ampliação da corrupção e o fraco desempenho de muitos governos subnacionais em combater as maiores chagas da sociedade – a fome e a pobreza – são características do atual processo de descentralização
(BROSE, 2002. p. 93).

Existem sérios desvios daquilo que deveria ser um 'bom governo local' (BROSE, 2002). Neste sentido, destaca-se não apenas a corrupção, mas o autoritarismo e o amadorismo. A estrutura de poder local, principalmente nos municípios menores, ainda é um potente fator explicativo para as dificuldades da descentralização, pois nestes municípios ainda prevalece uma estrutura política patrimonialista, com pouca distinção entre o público e o privado.

Em Minas Gerais foi realizada uma pesquisa, coordenada por Figueiredo *et al.* (1998), com o objetivo de analisar a estrutura de poder local e suas relações com o sistema de saúde. Dentre as conclusões das autoras, estão as seguintes: em alguns casos não foram observadas mudanças na gestão da saúde e nem na ampliação dos canais de participação; o despreparo das burocracias municipais dificulta a implementação da gestão descentraliza-

da; com a descentralização da saúde, a assistência à saúde tem se tornado objeto de barganha política; em alguns municípios, a descentralização da saúde vem fortalecendo o clientelismo; quando não há disposição das administrações para apoiar a descentralização pode haver piora da prestação de serviços; os conselhos têm pouca atuação na gestão da política municipal de saúde.

Toda essa discussão remete para a necessidade de se conciliar maior descentralização e autonomia com maior responsabilidade e dever de prestar contas, ampliando a *accountability*, ou responsabilidade final.

No setor público, e na área da saúde em especial, há inúmeras razões para a insuficiência e ineficácia dos mecanismos de prestação de contas. Em primeiro lugar, não há uma cultura neste sentido; em segundo lugar, há uma certa visão de que os mecanismos de avaliação servem mais para punir do que para qualquer outra coisa; em geral não há incentivos por desempenho; devido à grande autonomia dos profissionais de saúde, a avaliação é vista como uma interferência que ameaça tal autonomia.

A preocupação com a falta de transparência no setor público é acompanhada da preocupação com a eficiência dos mecanismos tradicionalmente utilizados para tentar assegurar a tal responsabilidade. Por isso, as recentes reformas no âmbito da administração pública têm

privilegiado mecanismos que colocam a ênfase nos clientes e nos resultados através da avaliação do desempenho individual, das competências e das relações contratuais. Este tipo de sistema de prestação de contas se contrapõe à administração burocrática, cujas formas de avaliação estão baseados nos processos e no controle hierárquico.

Na administração clássica (burocrática) pode-se dizer que os instrumentos utilizados para a presta-

A TRADIÇÃO DO CONTROLE SEMPRE ESTEVE
VOLTADA PARA DENTRO DO APARELHO DO
ESTADO. A POPULAÇÃO RARAMENTE É
CONSULTADA E, MUITO MENOS, ESCLARECIDA
SOBRE A DESTINAÇÃO DOS RECURSOS QUE
SAEM DO SEU BOLSO PARA FINANCIAR
OS SERVIÇOS PÚBLICOS

ção de contas enfatizam uma responsabilidade 'em direção ao topo'. Numa pesquisa realizada junto aos membros das diretorias do *National Health Service* na Inglaterra, destaca-se uma percepção substancial de responsabilidade para cima, principalmente para o Ministério da Saúde (MS) e para o Ministro. "Dentro da própria diretoria local, 71% dos diretores executivos das organizações semi-autônomas do NHS relataram um senso pessoal de respon-

sabilidade para com seu presidente..." (FERLIE *et al.*, 1999. p. 325).

Neste modelo de prestação de contas o verdadeiro interessado, o cidadão, fica de fora, mesmo sendo ele, em última análise, o financiador de todas as atividades do setor público. Os mecanismos de controle e de prestação de contas internos à burocracia são, portanto, insuficientes para garantir *accountability* (CAMPOS, 1990).

A tradição do controle sempre esteve voltada para dentro do aparelho do Estado. A população raramente é consultada e, muito menos, esclarecida sobre a destinação dos recursos que saem do seu bolso para financiar os serviços públicos. Mesmo o atual movimento da Nova Administração Pública, que tem demonstrado preocupação com a questão da responsabilidade, tem dado ênfase ao controle de cima para baixo. A obrigatoriedade de prestação de contas aos parlamentos, pelos dirigentes dos serviços descentralizados, tem sido a tônica da responsabilização em vários países da OCDE.

Christensen e Laegreid (2001) acreditam que o modelo da Nova Administração Pública tem dado muita atenção à prestação de contas de corte gerencial, mas tido pouca consideração com a responsabilidade política.

A *accountability* implica no estabelecimento de garantias para a atuação da população, desenvolvendo ações que levem em conta suas

necessidades e dando transparência às ações. Por isso, deve-se incorporar elementos morais aos instrumentos de prestação de contas, pois, segundo Christensen e Laegreid (2001), não há uma relação tão direta entre prestação de contas e responsabilidade. Ou seja, seria possível haver prestação de contas sem responsabilidade.

No caso do Brasil, o caráter centralista e autoritário de sua administração pública, e conseqüente falta de *accountability*, possui determinantes internos à própria burocracia e também externos (CAMPOS, 1990). Da parte da burocracia a autora destaca a imunidade a controles externos, a falta de transparência, a pouca preocupação com o desempenho, a ênfase nos meios e procedimentos e a tendência exagerada para regras e normas que, muitas vezes, não são cumpridas.

Da parte do contexto, é destacada a passividade e a aceitação, por parte da sociedade, da negligência, do favoritismo e do nepotismo. Os determinantes desta situação são a debilidade das instituições, o baixo nível de organização da sociedade civil, o baixo nível de expectativa da população em relação aos governos e o baixo nível de participação da população, que termina por tornar-se mero objeto das políticas públicas.

A falta de controle em relação ao Estado e sua máquina administrativa, e os conseqüentes desmandos,

desrespeito e não-atendimento das necessidades da população, são decorrentes da falta de transparência administrativa aliada à fragilidade política da sociedade civil, resultante da sua falta de organização.

Aliás, no que diz respeito a esta última situação, nestes 'novos' tempos parece que a sociedade cada vez mais se desorganiza em função de novos valores como a competição e o individualismo. Até mesmo nas pressões por um Estado mais res-

PASSADOS 14 ANOS DA INSTAURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E APESAR DOS MECANISMOS PENSADOS PARA SE VIABILIZAR O MAIOR CONTROLE DA SOCIEDADE SOBRE O SISTEMA, AINDA NOS VEMOS ENREDADOS NOS CONTROLES BUROCRÁTICOS INTERNOS QUE SÃO, NA MAIOR PARTE DAS VEZES, POUCO EFICAZES

ponsável, a justificativa tem sido uma sociedade que "se individualiza e reclama" (TROSA, 2001. p. 40). Os usuários já não querem mais soluções gerais para seus problemas, que são individuais. As exigências são legítimas. O problema está colocado nos motivos e nas soluções que são engendradas. Nestas situações a receita já está pronta: serviços personalizados (e melhores) para aqueles que pagarem pelo serviço sob medida, como vem aconte-

cendo no Reino Unido. A população é vista cada vez mais como cliente, consumidor. Os serviços públicos perdem a noção de direito e passam a se organizar como resposta a demandas de grupos específicos.

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o problema é ainda maior: a sociedade se individualiza mas não reclama. Impera a passividade diante dos abusos dos governos e dos serviços públicos. Esta situação coloca vários desafios. Segundo Campos (1990. p. 35) "somente a partir da organização de cidadãos vigilantes e conscientes de seus direitos haverá condição para a *accountability*".

No processo de descentralização da saúde no Brasil a preocupação com a questão da responsabilidade e *accountability* também é grande. No entanto, passados 14 anos da instauração do Sistema Único de Saúde (SUS) e apesar dos mecanismos pensados para se viabilizar o maior controle da sociedade sobre o sistema, ainda nos vemos enredados nos controles burocráticos internos que são, na maior parte das vezes, pouco eficazes.

Uma expressão disso é a nova Norma Operacional do SUS, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que acentua a introdução de instrumentos burocráticos de controle e avaliação dos serviços. É sabido que tal norma concentra-se na assistência à saúde e não se propõe a abordar outras questões relativas

ao controle externo do sistema. Mas é justamente este aspecto que chama a atenção: há uma tendência de despolitização do sistema de saúde.

“De modo coerente com um tipo de descentralização que exclui a dimensão política e, cada vez mais, a social [a NoAs] nega a possibilidade de reconstrução da malha territorial de acordo com as aspirações dos que nela vivem” (MISOCZKY, 2002, p. 129).

A obsessão do Ministério da Saúde pelo controle dos meios, o crescente interesse pelo controle advindo de outras esferas administrativas, e o forte processo regulatório instaurado no setor marcam a elaboração da NoAs.

Por isso, é importante a visualização e discussão de outros movimentos que ainda mantenham a ênfase no componente político e social do sistema de saúde, e não apenas no componente técnico e administrativo. Neste sentido, a experiência da região da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde, tanto pelos seus pontos positivos quanto negativos, pode trazer alguns elementos para se pensar a *accountability* no setor saúde.

A seguir, buscaremos expor alguns resultados do trabalho realizado naquela região. Dois aspectos chamam a atenção: em primeiro lugar, percebeu-se uma tendência de descentralização e preservação da autonomia municipal na região, aliada a um aumento das cobranças de prestação de contas e, em segundo lugar, trata-

se de uma instância de gestão regional tentando garantir maior *accountability* através da cobrança de prestação de contas pelos municípios para a população e ao mesmo tempo tentando estruturar uma instância regional de controle da sociedade sobre o sistema de saúde.

DESCENTRALIZAÇÃO E ACCOUNTABILITY NA 6ª REGIÃO DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL

A estratégia metodológica utilizada foi o estudo de caso. Para a coleta de dados lançou-se mão de entrevistas com a equipe coordenadora, bem como de questionários respondidos pelos secretários municipais de saúde da região e análise

documental. O estudo se deu na 6ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, gestão 1999-2002.

Como o objeto do estudo era a gestão, foram organizadas três categorias de análise, adaptadas da Teoria das Macroorganizações (MATUS, 1996), que foram desagregadas em variáveis para o estudo. No quadro abaixo são apresentadas as variáveis das categorias Responsabilidade e Descentralização e Autonomia, mais diretamente ligadas ao objeto desta discussão.

Não vamos abordar, no âmbito deste trabalho, o conjunto de resultados alcançados no referido estudo, mas apenas aqueles que nos permitam fazer a reflexão proposta sobre descentralização e *accountability*.

CATEGORIAS DE ANÁLISE	VARIÁVEIS
Responsabilidade/sistema de prestação de contas	Sistematicidade da prestação de contas; contas prestadas publicamente; tipo de prestação de contas; forma de definição dos critérios de avaliação e acompanhamento; instrumentos utilizados; sistema de incentivo/punição
Descentralização e autonomia/sistema de gerência por operações	Planejamento/plano; financiamento; alocação de recursos; participação no processo decisório; espaços de comunicação/negociação; gerência por produtos/resultados

Os resultados alcançados apontaram para a organização de uma gestão descentralizada na região, prezando a autonomia municipal. A principal evidência disso foi a política de financiamento adotada. A lógica de financiamento da Região segue a mesma orientação da proposta da Municipalização Solidária da Saúde, implementada em todo o estado e que realiza o repasse de

recursos financeiros do estado para os municípios de maneira regular e automática.

O recurso repassado pelo Governo Estadual não é ‘carimbado’, ou seja, o município define como e onde implementar o recurso, podendo empregá-lo de acordo com a sua necessidade e realidade. Em função disso, 16 dos 28 secretários municipais de saúde que responderam ao

questionário por nós encaminhado afirmaram que os municípios ganharam autonomia durante a gestão da 6ª CRS de 1999 a 2002; 20 desses mesmos secretários afirmaram que a 6ª CRS estimula a autonomia municipal. Além do caráter inovador, chama a atenção nessa política a transparência, a equidade e o estímulo à descentralização.

A transparência porque estabelece critérios técnicos de repasse de recursos para os municípios, em contraposição à política comum nos estados de repasse via convênio, onde os municípios são obrigados a ficar de 'pires na mão", implorando por algum recurso e onde nunca se sabe quais os critérios que fazem com que este município seja contemplado e aquele não. A adoção de critérios técnicos, definidos após discussões com o Conselho Estadual de Saúde, permite a todos saberem o quanto vão receber, quando e o porquê da quantia.

Aliado a isso, é exigido dos municípios um plano de aplicação do recurso, aprovado pelo conselho municipal de saúde, com a participação dos Delegados do Orçamento Participativo (OP). Através do Relatório de Gestão, também aprovado pelos conselhos locais e apresentado em audiência pública, verifica-se se o recurso foi realmente empregado naquilo que o gestor havia se comprometido diante da população.

Deste modo, permite a participação da população no momento da formulação das ações e da decisão sobre onde empregar os recursos públicos. Neste sentido, a presença dos Delegados do OP é importante. Tais mecanismos contribuem, sem dúvida, para o desenvolvimento da *accountability*, fortalecendo os conselhos como espaços privilegiados para determinação do interesse público.

Associada à liberdade de onde empregar os recursos, a 6ª CRS imple-

A TRAVÉS DO RELATÓRIO DE GESTÃO,
TAMBÉM APROVADO PELOS CONSELHOS LOCAIS
E APRESENTADO EM AUDIÊNCIA PÚBLICA,
VERIFICA-SE SE O RECURSO FOI REALMENTE
EMPREGADO NAQUILO QUE O GESTOR HAVIA
SE COMPROMETIDO DIANTE DA POPULAÇÃO

mentou um forte esquema de cobrança de contas junto aos municípios.

Consta nas leis que regulamentam o funcionamento do SUS que é obrigação dos gestores, em todos os níveis de governo, a prestação de contas das ações e dos recursos utilizados trimestralmente. Tal atividade deveria ser feita pelos conselhos de saúde e em Audiência Pública, junto ao poder legislativo e

para toda a população. No entanto, esta lei está longe, muito longe aliás, de ser cumprida.

Os municípios não têm atentado para esta função; a diversidade dos conselhos e o seu caráter incipiente fazem com que estes não cobrem de seus gestores a prestação de contas devida. Não são muitas as ações espontâneas por parte dos gestores para elaborar e apresentar aos conselhos o Relatório de Gestão.

Na 6ª Coordenadoria Regional de Saúde, a coordenação encarregada de fazer o acompanhamento e a avaliação dos sistemas municipais é a Coordenação de Descentralização, Municipalização e Controle Social.¹ Logo no início da gestão, este setor tratou de realizar um levantamento dos municípios que haviam enviado Relatório de Gestão para a Coordenadoria nos anos de 1997, 1998 e 1999. O resultado confirma nossas afirmações feitas antes. Somente dois municípios haviam elaborado e encaminhado para a CRS o Relatório de Gestão devidamente aprovado pelo conselho de saúde nos anos anteriores a 1999.

A cobrança foi imediata. O principal mecanismo utilizado pela 6ª CRS para fazer com que os municípios apresentassem o Relatório de Gestão foi condicionar o repasse de recursos estaduais à apresentação do relatório pelos municípios aos

¹ A 6ª CRS é a única Coordenadoria de Saúde do Rio Grande do Sul que possui esta estrutura.

conselhos de saúde.² O resultado também foi imediato. Praticamente todos os 51 municípios da época habilitados em alguma condição de gestão elaboraram e apresentaram o Relatório de Gestão aprovado pelo conselho municipal de saúde.

Mas além de realizar a cobrança, a 6ª CRS e, em especial, a Coordenação de Descentralização, Municipalização e Controle Social, se preocupou em assessorar os municípios na construção desse instrumento de gestão.

No ano de 1999, a 6ª CRS aceitou que os municípios apresentassem apenas o Relatório de Gestão anual. Já a partir de 2000, passou a exigir a apresentação trimestral. Neste ano, os 58 municípios³ da região apresentaram quatro Relatórios de Gestão, tanto no conselho municipal de saúde quanto em Audiência Pública na câmara de vereadores, voltada para toda a população.

O ano de 2001 não foi diferente. Na avaliação feita até o dia 23/04/2002, apenas um município não havia apresentado nenhum Relatório de Gestão, um não apresentou três (2º, 3º e 4º trimestres), um não apresentou dois (3º e 4º trimestres) e dois não apresentaram um (4º trimestre). A exceção deste grupo, todos os demais municípios apresen-

taram no ano de 2001 quatro Relatórios de Gestão. No ano de 2002 o processo se deu da mesma forma.

A 6ª Coordenadoria teve uma atuação dura em relação à cobrança dos Relatórios de Gestão dos municípios. 53% dos secretários municipais de saúde que responderam ao questionário por nós enviado afirmaram que a Coordenadoria estimula as SMS a prestarem contas ao Conselho e 42% acreditam que a 6ª CRS vem obrigando os municípios

A 6ª CRS DEDICOU-SE AO
FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO
POPULAR E DO CONTROLE SOCIAL.
O PRIMEIRO PASSO FOI ESTRUTURAR
E CONSOLIDAR O CONSELHO
REGIONAL DE SAÚDE

a fazê-lo. Nenhum gestor respondeu que a Coordenadoria não interfere neste processo. No entanto, o mais importante e interessante é que a exigência maior não foi de que os municípios prestassem contas à 6ª CRS, mas sim para os conselhos municipais de saúde e para a popu-

lação em geral, através das Audiências Públicas.

A 6ª CRS dedicou-se ao fortalecimento da participação popular e do controle social. O primeiro passo foi estruturar e consolidar o Conselho Regional de Saúde.

Na Política de Relações estabelecida pela Coordenadoria, explicitada no planejamento realizado em 1999, a relação com o Conselho Regional de Saúde é destacada:

2. Relação com o Conselho Regional de Saúde

- Participante na mesa do CRS
- Apoio e assessoria ao CRS
- Formação de Conselheiros
- Auxiliar no processo de regulamentação
- Que o CRS tenha o controle social
- Relatório de Planejamento – 1999.

Ao observarmos o funcionamento do Conselho Regional de Saúde, podemos evidenciar três pontos que demonstram o seu fortalecimento:

- 1) Regularidade das reuniões;
- 2) Apoio da 6ª CRS no que diz respeito à infra-estrutura;
- 3) Ampliação da participação.

² Note-se que este foi um procedimento utilizado em todo o estado como parte da política de financiamento adotada – Municipalização Solidária da Saúde.

³ Devido à reestruturação das regiões do estado do Rio Grande do Sul, houve alterações no número de municípios pertencentes à 6ª Região, passando de 51 para 58.

Durante o ano de 2001 foram realizadas 11 reuniões, quase que ininterruptamente. Em torno de 90% das reuniões houve *quorum*.

Além disso, desde praticamente o início da gestão o Conselho dispõe de infra-estrutura à sua disposição dentro da própria Coordenadoria, com sala, computador e mobiliário. Também dispõe de apoio financeiro.

Por fim, quando falamos na ampliação da participação, trata-se não apenas do aumento da frequência dos participantes, mas também da ampliação do número de assentos existentes no conselho. Ampliou-se o espaço para a participação dos gestores e profissionais representantes dos municípios, através de vagas dadas às microrregiões.

Já em relação aos conselhos municipais de saúde da região, a 6ª CRS, em conjunto com o Conselho Regional, investiu na capacitação dos conselheiros para torná-los eficientes na formulação das políticas municipais de saúde e na fiscalização da execução das ações e recursos por parte do gestor municipal.

Em 1999 foi realizado um curso de capacitação de conselheiros em cada microrregião de saúde. Este curso contou com uma participação média de 40% dos conselheiros. Já no ano de 2000 foram realizados encontros com os conselheiros municipais de saúde em 56 dos 58 municípios da região,

contando com uma participação maior que nas microrregionais. Já em 2001, nova rodada de capacitação atingiu 1.136 conselheiros de saúde. Neste período abriu-se espaço para a participação de outras entidades não necessariamente presentes nos conselhos, tais como sindicatos, delegados do Orçamento Participativo, movimentos populares, o que demonstra a visão ampliada da participação popular, não restrita aos canais institucio-

EM 1999 FOI
REALIZADO UM CURSO
DE CAPACITAÇÃO DE
CONSELHEIROS EM
CADA MICRORREGIÃO
DE SAÚDE

nalizados no interior do estado, como os conselhos.

Para o ano de 2002 a Coordenadoria possuía um projeto de capacitação para as chamadas Câmaras Técnicas dos conselhos municipais, quando procuravam tratar de temas mais específicos e técnicos, como orçamento, tecnologia, entre outros.

Além das capacitações, a CRS procurou envolver os conselhos municipais de saúde nas discussões a respeito das questões regionais,

não apenas através do Conselho Regional, mas no dia-a-dia, chamando-os a participar de reuniões e eventos importantes na região. Um exemplo disso é que as visitas realizadas pelas Equipes de Assessoria exigiam sempre a presença do conselho local, bem como nas auditorias nos serviços localizados nos municípios. Também as reuniões feitas entre a Coordenadoria e os municípios, importante canal de comunicação entre esses níveis de gestão, contavam sempre com a participação de pelo menos um representante dos conselhos locais, sendo que o convite partia sempre da 6ª CRS: "...a gente achou que tinha que criar uma forma de comprometer de fato o gestor junto com o Conselho, porque a gente estava naquele momento de trabalhar junto" (Coordenadora de Descentralização, Municipalização e Controle Social).

Estas características relatadas até agora correlacionam-se com alguns dos aspectos importantes para a *accountability*. O primeiro e mais relevante é a importância de que as contas sejam prestadas publicamente, ou difundidas junto à população. A aposta feita pela 6ª CRS de fazer com que os gestores cumpram a lei que obriga à prestação de contas aos conselhos e, ao mesmo tempo, empenhar-se no fortalecimento desses conselhos em parceria com o Conselho Regional, faz com que se amplie a transparência na gestão no âmbito do sistema regional de saúde.

de. Também permite que a população conheça e se aproprie das questões fundamentais das políticas de saúde municipais, tornando-se mais capaz de controlar a coisa pública e colocá-la a seu serviço.

Outro ponto importante diz respeito à regularidade da prestação de contas, a cada três meses no caso em estudo. Esta regularidade, ao nosso ver, é propícia para gerar uma cultura de responsabilidade pois 'habitua' aqueles que devem prestar contas das suas ações a atuarem com mais transparência.

Além da participação dos conselheiros, a 6ª CRS tem estimulado a participação de outros segmentos da sociedade civil organizada, como por exemplo os Delegados do Orçamento Participativo, que acompanham a apreciação e aprovação dos planos de aplicação dos recursos da Municipalização Solidária da Saúde, bem como a prestação de contas do referido recurso. O envolvimento de movimentos populares, independente da participação nos conselhos também foi observada na região. Além disso, a 6ª CRS buscava assegurar maior amplitude à prestação de contas dos municípios através das Audiências Públicas, quando toda a população era chamada.

A prestação de contas financeira é avaliada, principalmente no que diz respeito aos recursos de fonte estadual. Para esta análise os funcionários da Coordenação de Descentralização, Municipalização e

Controle Social fazem a comparação do Relatório de Gestão com o plano de aplicação dos recursos da Municipalização Solidária, buscando identificar possíveis desvios.

Em relação às atividades descritas nos relatórios de gestão, a comparação se faz com o plano municipal de saúde, ou seja, busca-se fazer uma comparação entre aquilo que foi planejado e definido como prioritário e aquilo que foi executado. Alguns problemas são identificados:

A 6ª CRS TEM ESTIMULADO A PARTICIPAÇÃO DE OUTROS SEGMENTOS DA SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA, COMO POR EXEMPLO OS DELEGADOS DO ORÇAMENTO PARTICIPATIVO, QUE ACOMPANHAM A APRECIÇÃO E APROVAÇÃO DOS PLANOS DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS DA MUNICIPALIZAÇÃO SOLIDÁRIA DA SAÚDE

O que ele precisa é: que ações eu desenvolvi? o que eu ampliei dentro dos serviços? eu ampliei algum tipo de serviço? que ações eu desenvolvi e que geraram impacto? Porque a maioria dos municípios ainda colocava assim: ofertou tantas consultas, tantos exames, tantos isso, tanto aquilo... (Coordenadora de Descentralização).

A Coordenadoria, além de orientar a elaboração do Relatório de Gestão, assessora a prestação de contas em si, realizada nas Audiências Públicas. De maneira geral al-

guma pessoa da Coordenadoria procura estar presente nas Audiências Públicas realizadas pelos municípios. A Coordenação de Descentralização também identifica problemas na maneira como são prestadas essas contas.

Através de exemplos de municípios da região, a Coordenadora de Descentralização aponta o quanto os secretários municipais de saúde tem dificuldades para organizar uma Audiência Pública de maneira clara e de fácil entendimento para a população, embora sejam orientados pela Coordenadoria.

Assim, a 6ª CRS tem observado algumas debilidades nesse processo. A Coordenadora aponta quatro problemas principais: o uso de uma linguagem excessivamente técnica no momento da apresentação para a população, principalmente em relação a recursos financeiros; a não demarcação daquilo que é importante (resultados); a não mobilização da população para participar das audiências e a pouca motivação da maioria dos gestores para prestar contas.

Apesar das dificuldades, visualizamos a experiência da região da 6ª Coordenadoria como válida no sentido de criar uma organização mais responsável. Este processo iniciado na 6ª CRS, bem como em todo o estado do Rio Grande do Sul, tem obrigatoriamente um período de amadurecimento, de fortalecimento dos conselhos para que passem a

cobrar a prestação de contas, e da população em geral para se habituar a participar e fiscalizar.

Um fato que comprova isso diz respeito à própria visão dos secretários municipais de saúde da região, que apontaram o 'avanço no controle social' como o principal resultado da pressão da 6ª CRS para que os municípios prestassem contas trimestralmente, pois 18 dos 28 secretários que responderam ao questionário apontaram esta alternativa.

Além do fortalecimento do controle social, 'menor possibilidade de desvio de recursos (11 secretários) e mudanças no perfil do gestor (8)', como a necessidade de trabalhar mais em equipe e intersectorialmente, foram apontados pelos secretários municipais de saúde da região como avanços decorrentes daquela estratégia.

Em outra pergunta, relativa às mudanças gerenciais causadas pela prestação de contas, 23 secretários municipais de saúde apontaram que a principal mudança no seu trabalho, resultante da prestação de contas sistemática através do Relatório de Gestão, deve-se ao fato de 'tornar a gestão mais transparente e permeável ao controle social'.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em um Estado com tradição autoritária e excludente, mecanismos de *accountability* não têm tido o espaço necessário para que a popula-

ção possa garantir o 'bom governo'. No setor saúde, apesar de toda a ênfase dada à correlação entre democracia e saúde durante o movimento da Reforma Sanitária, temos assistido, nos últimos anos, a um recrudescimento do controle burocrático.

Um processo de descentralização, que não foi acompanhado do aumento da responsabilidade esperado, possibilitou até mesmo, como vimos nos relatos de alguns municípios de Minas Gerais, uma acen-

A ASCENSÃO DE UM PARTIDO DE CARÁTER POPULAR AO GOVERNO DO PAÍS TRAZ ALGUMA ESPERANÇA DE MUDANÇA

tuação das práticas clientelistas e partimonialistas em alguns locais. Este tipo de situação parece ter feito com que a direção nacional do SUS despertasse para a importância de se aliar responsabilidade à descentralização. No entanto, a via escolhida foi a da ampliação dos mecanismos reguladores internos e de uma esfera de gestão sobre a outra. Não negamos a importância de tais instrumentos, que são necessários para o funcionamento do sistema.

No entanto, essa recentralização, cuja expressão maior é a Norma Operacional de Assistência à Saúde, se dá conjuntamente com um certo abandono do controle político e social sobre a gestão do sistema.

A ascensão de um partido de caráter popular ao governo do país traz alguma esperança de mudança. No nível setorial, algumas modificações já são observadas. Na linha da nossa discussão neste trabalho, a criação de uma Secretaria de Gestão Participativa já demonstra maior preocupação com a participação da sociedade na condução e acompanhamento do sistema. Mas enquanto essas mudanças estruturais não adquirirem caráter de resultado, a pouca qualidade dos serviços públicos de saúde e a baixa capacidade de indignação da população usuária continuam predominantes.

Ainda assim, algumas boas experiências são vivenciadas. A 6ª CRS, principalmente através do fortalecimento do controle social na região, imprimiu ao sistema maior *accountability*, procurando através da reestruturação e do apoio ao Conselho Regional de Saúde, do envolvimento dos conselhos de saúde em espaços de tomada de decisão regional, da capacitação de conselheiros e da vinculação de recursos ao exercício da prestação de contas em Audiências Públicas, ampliar o espaço de atuação da população no controle dos serviços públicos de saúde. Além disso pro-

curou articular-se com movimentos sociais e populares.

Em relação aos municípios, concomitante a um estímulo à autonomia, garantida principalmente através da liberdade para decidir a aplicação de recursos repassados pelo estado, foi rigorosa na cobrança de contas. A exigência da prestação de contas das secretarias municipais de saúde aos conselhos e em Audiência Pública favoreceu a construção de uma cultura de transparência da gestão e conseqüente ampliação da responsabilidade, apesar das dificuldades apresentadas durante a implementação do processo.

Tínhamos como objetivo neste trabalho discutir modos de se conciliar descentralização e *accountability*. Estávamos interessados em discutir formas de controle que envolvessem os principais interessados, os cidadãos, e, deste modo, contribuirmos para uma discussão sobre as possibilidades de se construir *accountability*, aliada à descentralização no sistema de saúde brasileiro. A experiência da 6ª Região de Saúde, e este artigo, certamente não dão conta de abranger todos os aspectos da *accountability*, mas trazem algumas questões importantes ao debate, relacionadas à necessidade de se retomar o componente político do controle do sistema.

Vale, finalmente, destacar que a gestão que promoveu tais mudanças não se sustentou no poder, tendo o Partido dos Trabalhadores sido der-

rotado no segundo turno das eleições para o governo do estado. É importante se verificar a continuidade do movimento instaurado em 1999 para se avaliar se houve sustentabilidade na proposta e se o processo foi consistente o suficiente para garantir independência aos espaços de influência da população na formulação das políticas de saúde na região.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, I. A. L. Descentralização e relações intergovernamentais no Nordeste do Brasil. In: *Anais do I Congresso da CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Rio de Janeiro, 1996.

BROSE, M. Descentralização e *good government*: como aperfeiçoar o desempenho dos governos locais? *Revista do Serviço Público*, ano 53, n. 3, jul.-set., 2002. p. 93-131.

CAMPOS, A. M. *Accountability*: quando poderemos traduzí-la para o português? *Revista de Administração Pública*, v. 24, n. 2, fev.-abr., 1990. p. 30-50.

CHRISTENSEN, T.; LAEGREID, P. La nueva administración pública: el equilibrio entre la gobernanza y la autonomía administrativa. *Revista do Serviço Público*, ano 52, n. 2, abr.-jun., 2001. p.69-109.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Reformar o sistema de saúde: uma utopia para sair de um *status quo* inaceitável. *Saúde*

em Debate, Londrina, PR, n. 49-50, dez./95-mar./96, 1996, p.53-64.

COSTA, SILVA e RIBEIRO, A descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, ano 50, n. 3, jul.-set., 1999, p. 33-56.

FERLIE, E. *et al. A Nova Administração Pública em Ação*. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília/ENAP, 1999

FIGUEIREDO, A. M. Descentralização da saúde e poder local em Minas Gerais. *Revista de Administração Pública*, São Paulo, v. 32, n. 4, 1998, p. 27-41.

HORTALE, Virginia Alonso. O conceito de descentralização aplicado aos serviços de saúde: dimensões, padrões e regularidades. *Revista de Administração Pública*, São Paulo, v. 31 n. 3, 1997. p. 33-35.

_____. Operacionalizando as categorias de acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 2000. p. 231-239.

JUNQUEIRA, L. P. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In: CANESQUI, A. M. *Ciências Sociais e Saúde*, São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 173-204.

LIMA, Juliano de Carvalho. Gestão estratégica de sistemas de saúde: estudo de caso de uma região de saúde à luz da teoria das macroorganizações, Dissertação (Mestrado), Escola Nacional de Saúde Pública

(ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, 2003.

MATUS, Carlos. *Adeus, Senhor Presidente: Governantes Governados*. São Paulo: FUNDAP, 1996

MISOCZKY, Maria Ceci. *O Campo da Atenção à Saúde após a Constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social*. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2002.

TROSA, S. *Gestão Pública por Resultados: Quando o Estado se Compromete*. Rio de Janeiro/Brasília: REVAN-ENAP, 2001.

José Paulo Vicente da Silva¹
 Roseni Pinheiro²
 Felipe Rangel S. Machado³

¹ Mestre em Saúde Coletiva, professor e pesquisador visitante da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), integrante do Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), que conta com apoio do CNPq, da FAPERJ e do Ministério da Saúde Av. Roberto da Silveira, 358/701 CEP 24230-153 – Niterói – RJ e-mail: zepa@fiocruz.br

² Doutora em Saúde Coletiva, professora do Instituto de Medicina Social, coordenadora do Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde, do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), que conta com apoio do CNPq, da FAPERJ e do Ministério da Saúde Rua Cândido Mendes, 279/307 CEP 20241-220 – Rio de Janeiro – RJ e-mail: roseni@uerj.br

³ Graduando em Ciências Sociais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), bolsista de Iniciação Científica da FAPERJ, no Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde do Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ, que conta com apoio do CNPq, da FAPERJ e do Ministério da Saúde Rua Califórnia, 326 CEP 24465-120 – São Gonçalo – RJ e-mail: rangfe@yahoo.com.br

* Este trabalho é parte integrante da dissertação de mestrado em Saúde Coletiva “Gestão Compartilhada e Construção da Integralidade da Atenção no SUS: a experiência da 4ª região sanitária do estado do Rio Grande do Sul – período: 1999-2002”, de José Paulo Vicente da Silva, defendida em abril de 2003, orientada pela professora Roseni Pinheiro.

Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde*

Needs, demand and offer: a few contributions on the meaning, sense and value in the construction of integrality within the Health Sector reform

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo contribuir para a discussão sobre a construção da integralidade da atenção, entendida como princípio norteador das ações e dos serviços de saúde – preventivos e curativos, individuais e coletivos – nos diversos níveis de complexidade do sistema. Grande parte dos cidadãos, principalmente os mais carentes de assistência, se depara com muitos obstáculos para conseguir acesso ao atendimento de qualidade capaz de responder positivamente às suas necessidades. Para tanto, propomos um olhar sobre os sentidos, significados e valores atribuídos às categorias necessidade, demanda e oferta, ampliando o leque de noções necessárias à materialização da integralidade, a fim de garantir o acesso universal com efetividade e ‘resolutividade’ como o grande desafio a ser enfrentado na luta pela implementação efetiva do Sistema Único de Saúde (SUS).

DESCRITORES: *Necessidades e Demanda de Serviços de Saúde; Cuidados Integrados de Saúde; Serviços de Saúde; SUS.*

ABSTRACT

This article aims to contribute to the discussion on the construction of care integrality, as the principle that orientates preventive and healing, individual and collective health actions and functions on the several complex levels of the health system. Most people, especially the less assisted ones, face many obstacles in their search for a health care service able to meet their needs. The authors propose a new view on senses, meanings and values given to categories called needs, demands, and offer, widening the notions required for the fulfillment of integral care, in order to guarantee universal and effective access to health care, the great challenge to be faced in the struggle for the implementation of an efficient Unified Health System.

DESCRIPTORS: *Health Services Need and Demand; Comprehensive Health Care; Health Services; SUS.*

INTRODUÇÃO

O texto constitucional de 1988, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), aponta sua organização de acordo com as seguintes diretrizes: “descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade”. Estas dizem respeito ao controle social sobre as ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 1988. art. 198).

Em consonância com essas diretrizes constitucionais, o SUS orienta-se ainda, e principalmente, pelo princípio da ‘universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência’. Cabe salientar que, antes da institucionalização do SUS, o acesso aos serviços e ações de saúde só estava garantido aos contribuintes do sistema previdenciário. Neste sentido, a Constituição de 1988 assegura, legalmente, a atenção à saúde como direito de cidadania a todo o povo brasileiro.

A integralidade – termo que, de acordo com Mattos (2001), tem sido usado de forma corrente como referência à diretriz da atenção integral – deve ter sua leitura combinada com o princípio da igualdade da assistência (BRASIL, 1988. art. 198. inciso IV). Em contraposição ao antigo sistema de saúde – o qual incluía a dicotomia entre as ações e serviços preventivos de cunho co-

letivo a serem realizados pelo Ministério da Saúde (MS) e as ações e serviços assistenciais de cunho individual, a serem implementados pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), por meio do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INAMPS) –, o SUS deve combinar de forma harmônica e igualitária a cobertura desses serviços à totalidade da população, na direção da superação de tal dicotomia.

DO PONTO DE VISTA JURÍDICO- INSTITUCIONAL, A INTEGRALIDADE É DEFINIDA COMO UM CONJUNTO ARTICULADO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, PREVENTIVOS E CURATIVOS, INDIVIDUAIS E COLETIVOS NOS DIVERSOS NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DO SISTEMA

Então, do ponto de vista jurídico-institucional, a integralidade é definida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos nos diversos níveis de complexidade do sistema. Mas, de acordo com Carvalho e Santos (2002), grande parte dos cidadãos, principalmente os mais carentes de assistência, se depara com muitos obstáculos para conseguir atendimento médico-hospitalar. A garan-

tia do acesso universal com efetividade e ‘resolutividade’ permanece, ainda, como um grande desafio a ser enfrentado na luta pela implementação efetiva do SUS.

Segundo Mendes, a aplicação do princípio da integralidade

(...) implica reconhecer a unicidade institucional dos serviços de saúde para o conjunto de ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras e que as intervenções de um sistema de saúde sobre o processo saúde/doença conformam uma totalidade que engloba os sujeitos do sistema de saúde e suas inter-relações com os ambientes natural e social (MENDES, 1993. p. 149).

Para tanto, “a integralidade exige, exatamente, uma intervenção integradora no seu âmbito tecnológico sobre os indivíduos, famílias, ambientes coletivos, grupos sociais e o meio ambiente” (MENDES, 1993. p. 150).

Essas dimensões da macropolítica de saúde deverão corresponder a uma abordagem das práticas sanitárias que se traduza em duas dimensões, quais sejam:

(...) numa integração, definida por um problema a enfrentar através de um conjunto de operações articuladas pela prática da vigilância em saúde; (...) numa integração dentro de cada unidade de saúde, entre as práticas sanitárias de atenção à demanda e da vigilância em saúde (MENDES, 1993. p. 150).

Outrossim, no sentido da superação das desigualdades que se referem a diferentes padrões de saúde dos variados grupos populacionais

e ao acesso desigual desses distintos segmentos da população às ações e serviços de prevenção e cura de doenças, o sistema de saúde deve ser, também, orientado pelo princípio da equidade. Esta deve ser compreendida como

(...) a superação das desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam por meio de ações governamentais também diferenciadas (...). Subjacente a este conceito está o entendimento de que as desigualdades sociais entre as pessoas não são dadas 'naturalmente', mas sim criadas pelo processo histórico e pelo modo de produção e organização da sociedade (MALTA, 2001. p. 135-136).

Universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde constituem, pois, a finalidade ético-política do sistema de saúde, expressa em contribuição para a melhoria das condições de saúde e vida da população brasileira.

Com efeito, Cecílio (2001. p. 113) vê esses três princípios como formadores de “um conceito tríplice, entrelaçado, quase um signo”, capaz de expressar com todo vigor a luta por cidadania, justiça e democracia, consubstanciada no ideário da Reforma Sanitária brasileira. A “visão ampliada da idéia de integralidade” seria capaz de incorporar as propostas de integralidade (no seu entendimento corrente), equidade e universalidade, consti-

tuindo-se, portanto, na “essência mesma da política pública de saúde” (CAMARGO JÚNIOR, 2001. p. 11).

Parte-se da premissa de que não existe a possibilidade de construção da integralidade e da equidade – os verdadeiros objetivos da política de saúde, que vão além do consumo de determinadas tecnologias e serviços – sem a garantia do acesso universal a todos os níveis de atenção. Essa perspectiva implica o reconhecimento da ação

UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE E
EQUIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE
CONSTITUEM, POIS, A FINALIDADE
ÉTICO-POLÍTICA DO SISTEMA DE SAÚDE,
EXPRESSA EM CONTRIBUIÇÃO PARA A
MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE
E VIDA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

recíproca existente entre a macro e a micropolítica de saúde. A busca pela integralidade e pela equidade deve ser orientada por meio de uma abordagem totalizante ao repensar a “organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde” (CECÍLIO, 2001. p. 113). Para esta reflexão sobre integralidade e equidade, o autor toma como ‘analisador’ as necessidades de saúde.

NECESSIDADES DE SAÚDE: INTERAÇÃO DE SUJEITOS COLETIVOS E INDIVIDUAIS NA GESTÃO DA OFERTA NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

De acordo com Stotz (1991), as necessidades de saúde situam-se no nível das necessidades sociais mais gerais. Ainda que estas sejam determinadas e constituídas social e historicamente, só poderão ser apreendidas em sua dimensão individual, expressando uma relação dialética entre o individual e o social. O autor está interessado em observar como demandas sociais por saúde podem constituir determinados sujeitos coletivos, tendo em vista que essas demandas expressam determinadas ‘carências’ ou ‘necessidades’ (termos utilizados na Saúde Pública) geradas pelo modo de produção e pela organização da sociedade.

Na busca por explicações acerca das mediações da prática social que dizem respeito à atuação dos movimentos sociais, recorre-se à compreensão de carência como uma idéia que sempre tem por referência o conceito de indivíduo: alguém é carente de algo.

Contudo, como o indivíduo compartilha o processo de determinação de suas carências/necessidades – pois pertence a um determinado grupo (família, colegas de trabalho, seita religiosa etc.) –, é influenciado pelos valores do grupo.

Sendo assim, o processo de determinação das carências individuais

é vivenciado com o grupo: tem uma dimensão coletiva. Trata-se, pois, de uma mediação fundamental da práxis social inerente à vida em sociedade. As necessidades de saúde expressam as carências de milhões de indivíduos e também, simultaneamente, as necessidades coletivas.

Nessa visão de mundo, o ser humano é, ao mesmo tempo, universal e particular. O sujeito individual está dialeticamente referido ao seu grupo ou, como em Marx, à sua classe social, negando a perspectiva do sujeito individual portador de necessidades, descolado das suas relações sociais. A última perspectiva subjaz ao enfoque atomista-individualista, cujo pressuposto é a existência de uma sociedade que é a soma de indivíduos isolados e livres (*o homo economicus*) para satisfazer suas necessidades de acordo com a lei de oferta e procura por bens e serviços (a lei natural do mercado). De outro lado, informa também o enfoque funcionalista que reconhece o sujeito individual como uma unidade da estrutura do sistema social e busca, por meio de mecanismos de regulação, a normalização dos hábitos da sociedade.

Entretanto, a crítica é dirigida também à visão marxista-estruturalista, posto que nessa perspectiva

a noção de sujeito não passa de uma noção ideológica: os sujeitos concretos são erigidos em dados absolutos, como indivíduos empíricos cujos atributos são gerais, universais. Os sujeitos são por-

tadores de uma generalidade de uma essência universal (Stotz, 1991, p. 107).

Ao propor um conceito operacional de necessidades de saúde capaz de contemplar a perspectiva dos sujeitos individuais e coletivos, o autor vislumbra propiciar uma ferramenta que, potencialmente, contribua tanto para a superação do reducionismo inerente ao enfoque normativo de planejamento quanto para a superação das incoerências e insuficiências contidas no enfoque situacional. Tem-se

O SUJEITO INDIVIDUAL ESTÁ DIALETICAMENTE REFERIDO AO SEU GRUPO OU, COMO EM MARX, À SUA CLASSE SOCIAL, NEGANDO A PERSPECTIVA DO SUJEITO INDIVIDUAL PORTADOR DE NECESSIDADES, DESCOLADO DAS SUAS RELAÇÕES SOCIAIS

em mente que é essa racionalidade instrumental e economicista que vem permeando, hegemonicamente, a formulação das políticas públicas de saúde por meio do planejamento. Essa outra perspectiva possibilitaria a construção de novas mediações, agora entre sujeitos individuais e coletivos e critérios de legitimação do poder político estatal.

Nesse tipo de mediação, a referência se dá em relação à existência de um conjunto de carências (necessida-

des) cujo atendimento é socialmente sancionado como legítimo (inclusive, em certos casos, do ponto de vista jurídico) e implica obrigação política na sua atenção (NUNES, 1989).

No entanto, quando se entra em contato com determinado conceito operacional de necessidades de saúde, descobre-se que tal conceito já demarca *a priori* uma classificação baseada em critérios definidos anteriormente. A existência prévia de tal taxonomia aponta para a dominância de determinada concepção de necessidades de saúde.

Para Stotz (1991), na Saúde Pública, as duas vertentes da perspectiva individual do 'sujeito de necessidades' – a liberal e a funcionalista – foram incorporadas de forma pragmática ao enfoque normativo de planejamento. Nesse caso, 'necessidades sentidas', 'expressas', 'normativas' e 'comparativas' informam um critério que traduz uma aceção naturalista do sujeito, na qual as necessidades se constituíram na ausência de algo cuja natureza se refere à idealização e à generalidade, excluindo as relações sociais e, portanto, a sociedade.

Dessa forma, problemas e necessidades de saúde apresentam-se como noções conexas: a necessidade é, de algum modo, a tradução de problema em termos operacionais. Enquanto um determinado problema informa a existência de um estado de saúde definido como deficiente, seja pelo indivíduo, pelo profissional médico ou mesmo pela coletividade, a necessi-

dade é a expressão de um desvio ou a diferença entre o estado ótimo, definido de modo normativo.

Tal concepção dispensa mediações do conceito de necessidades de saúde, pois a explicação da situação em questão cede lugar a um diagnóstico com base em uma realidade objetiva que se controla e mensura por meio de indicadores tradicionais externos ao planejador.

Quanto ao enfoque estratégico, Stotz conclui que não existe qualquer menção dirigida ao conceito de necessidades de saúde, tanto no pensamento estratégico de Mario Testa, quanto no planejamento situacional de Carlos Matus, para quem o planejamento do tipo estratégico é passível de incorporar determinados elementos do enfoque normativo. Para o primeiro, o diagnóstico de saúde do tipo tradicional, no qual os problemas de saúde são informados por indicadores objetivos e não definidos por sujeitos individuais ou coletivos, é indispensável na formulação do plano. Já de acordo com Matus,

(...) a planificação é uma atribuição governamental, relativa ao presente, que exige cálculo e se refere a problemas reais (...) empiricamente constatáveis, capturados através de uma técnica específica como parte dos procedimentos do momento explicativo, a saber, o fluxograma situacional (MATUS, 1989, p. 20).

À medida que se considera o processo saúde/doença como ao mesmo tempo individual e coletivo, tanto na perspectiva reducionista e tec-

nocrática do planejamento normativo de necessidades de saúde quanto na 'ausência' de um conceito operacional de necessidades de saúde no enfoque estratégico, há um grande problema a ser enfrentado quando se formula determinada política social. Isso porque, em última instância, essa taxonomia orientará a definição dos parâmetros de cobertura e seletividade de tal política.

Tendo como referência o caminho percorrido por Stotz (1991), Cecilio

À MEDIDA QUE SE CONSIDERA O
PROCESSO SAÚDE/DOENÇA COMO
AO MESMO TEMPO INDIVIDUAL
E COLETIVO, HÁ UM GRANDE
PROBLEMA A SER ENFRENTADO
QUANDO SE FORMULA
DETERMINADA POLÍTICA SOCIAL

(2001, p. 114-115) propõe "uma taxonomia das necessidades de saúde totalizadora da visão dos sujeitos individuais e coletivos organizada em quatro grandes conjuntos".

O primeiro conjunto

(...) diz respeito a se ter 'boas condições de vida' (...) que poderiam ser entendidas tanto no sentido mais funcionalista, que enfatiza os fatores do 'ambiente', 'externos', que determinam o processo saúde-doença (...), como nas formulações de autores de extração marxista (...), que enfatizam

os diferentes lugares ocupados por homens e mulheres na sociedade capitalista como as explicações mais importantes para adoecer e morrer.

O segundo "(...) fala da necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de prolongar a vida (...)". Um terceiro

(...) diz respeito à insubstituível criação de vínculos (a)fetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional (...) significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades.

O quarto e último

(...) diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida (...) informação e educação são em saúde apenas parte do processo (...) implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida (...) incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, de forma mais ampla possível.

De acordo com este autor, a escuta dessas necessidades tem o potencial de ampliar a capacidade e as possibilidades de intervenção por parte dos trabalhadores de saúde em relação aos problemas daqueles que procuram os serviços de saúde.

DEMANDA EM SAÚDE: PLURALIDADE
DE CONTEXTOS E PRÁTICAS PARA
DEMOCRATIZAÇÃO DO ACESSO
AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A integralidade, em seu sentido ampliado, constitui 'objetivo de rede'

e sua concretização depende de uma articulação entre a micro e a macropolítica, e não apenas do espaço singular dos serviços – mesmo que esses cumpram a contento a sua função social. Para ser alcançada, depende de uma articulação entre serviços e ações setoriais e interseoriais. Isso porque, conforme o momento que vive o usuário, a tecnologia de saúde que necessita pode estar em uma unidade básica de saúde ou em algum serviço produtor de procedimentos mais sofisticados, ou até mesmo poderá depender de uma cooperação com outros setores da política governamental (CECILIO, 2001. p. 117).

Nessa perspectiva, o acesso da população a todos os níveis de complexidade é uma das condições para que haja garantia da integralidade da atenção no SUS. Mas, o acesso *per se* não garante a integralidade, à medida que a mesma depende de outros fatores para a sua materialização.

Cabe dizer que ‘necessidades’, assim como ‘demandas’, são categorias que devem ser compreendidas de maneira contextualizada, o que remete para a utilização de outros referenciais teóricos, que não somente os do campo da economia, mas também das ciências políticas e sociais.

A discussão proposta por Pinheiro (2000) aponta para a importância de se reconstruir os conceitos de ‘demanda’ e ‘oferta’, no sentido de se apreender diferentes aspectos presentes nas propostas de reforma no

Setor Saúde. A autora ressalta a urgência de se ultrapassar as formulações originárias desses termos, já que o campo da economia tem exercido enorme influência na área da saúde, estendendo seus braços em diferentes áreas do conhecimento, em particular, na área do planejamento em saúde.

Para Pinheiro (2000), diferentemente da economia e do planejamento em saúde, deve-se evitar a divisão peculiar entre demanda e ofer-

CABE DIZER QUE ‘NECESSIDADES’,
ASSIM COMO ‘DEMANDAS’, SÃO
CATEGORIAS QUE DEVEM SER
COMPREENDIDAS DE MANEIRA
CONTEXTUALIZADA, O QUE REMETE
PARA A UTILIZAÇÃO DE OUTROS
REFERENCIAIS TEÓRICOS

ta, pois essa visão impede que a relação entre as duas categorias seja vista, reproduzindo-se o caráter dicotômico e até estático das mesmas.

(...) os estudos realizados sob esse prisma tendem a analisar os seus componentes separadamente, de modo que a demanda seja relacionada apenas aos usuários ou consumidores e a oferta seja ligada somente aos serviços propriamente ditos. Há nessa forma de elaboração estreita ligação com os conceitos econômicos clássicos, que, assentados no mercado, via consumo,

acabam por manter a distinção entre as categorias oferta e demanda, e pela qual o consumidor ou usuário vai para um lado e o prestador e o agente vão para outro, numa ação descolada do contexto em que estão inseridos (PINHEIRO, 2000. p. 16).

Dessa forma, ‘demanda’ e ‘oferta’ são categorias que permitem apreender as dimensões assistencial, tecnológica e política, que têm no cotidiano das instituições de saúde seus elementos constitutivos. Afinal, são essas dimensões que envolvem a formulação, a execução e a análise das políticas de saúde no campo da organização dos próprios serviços que as instituições mantêm dentro do sistema. Assim, entende-se que a demanda e a oferta são construídas a partir de uma ação social, podendo incluir tanto a objetividade quanto a subjetividade de seus atores, assim como suas falas e práticas no interior das instituições de saúde.

É importante notar que, diferentemente da afirmação de Cecílio (2001), as demandas podem não ser necessidades moduladas pela oferta dos serviços, a não ser que continuemos somente a utilizar referenciais conceituais originários dessas categorias na formulação e no planejamento da oferta em saúde ou na própria análise das políticas.

Por outro lado, se ampliarmos os conteúdos de diferentes campos de conhecimento, a demanda pode ganhar novos contornos conceituais, conforme proposto por Stotz (2001)

na discussão sobre a definição de necessidades. Compreendemos a demanda como fruto de uma relação e interação entre atores que têm necessidades, desejos e projetos institucionais distintos e que, portanto, devem ser considerados.

Partindo dessa compreensão, a integralidade apresenta potencialidades que sugerem a construção de inovações no campo político e institucional, desde que apreendidas como eixo estruturante de novas práticas sanitárias nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde.

De acordo com Ceccim e Armani (2002), essa questão remete para a garantia de amplo acesso à participação e ao controle social na planificação, na avaliação e no controle em saúde, à articulação com os movimentos sociais e à negociação política com a sociedade. Portanto, a disseminação dos princípios doutrinários do SUS e de suas formas de materializá-los auxilia na qualificação da participação política para a defesa da saúde como direito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar a integralidade da atenção se justifica pelo fato dessa diretriz, segundo hipótese de Mattos (2001) – com a qual concordamos –, demarcar a própria especificidade da política de saúde brasileira. Atualmente, a integralidade parece constituir uma das principais divergências en-

tre a nossa política e as formulações das agências internacionais, como é o caso do Banco Mundial.

Posto isso, retomamos a perspectiva dialógica do princípio da integralidade. Esta se afirma numa ação recíproca entre a micro e a macropolítica (CECÍLIO, 2001), entre o geral e o particular, e entre o individual e o coletivo, pois as necessidades de saúde espelham as mediações da prática social dos sujeitos individuais e coletivos (STOTZ, 1991) que, em interação com o centro da 'sociedade civil', lutam pela saúde. Dessa forma, a integralidade, em seu sentido ampliado, só poderá ser fruto da ação social concreta e, portanto, da co-produção intencional de sujeitos individuais e coletivos livres, conscientes das suas necessidades de saúde (consciência sanitária).

Para essa direção, parece convergir a perspectiva de Mattos (2001), que apresenta a integralidade como uma 'bandeira-de-luta' compondo uma 'imagem-objetivo' maior e cuja tradução se dá em um projeto societário permeado pelos ideais de justiça e solidariedade. Essa tradução parece recompor a unidade dialética saúde/democracia, que permeou a construção do projeto político da Reforma Sanitária. Cabe ressaltar que aquele projeto informava a 'politização da saúde' como estratégia central para se alcançar os objetivos propostos, entre os quais a integralidade da atenção se situa centralmente.

Mattos afirma (2001. p. 61):

quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação ao diálogo.

E conclui que a luta pela integralidade

(...) é travada cotidianamente no interior dos serviços de saúde, nas reuniões de técnicos e gestores do SUS nos seus diversos níveis, nas novas arenas de negociação e pactuação entre gestores e nos debates nas instâncias que contam com a participação popular (MATTOS, 2001. p. 61).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. *Constituição Brasileira*. Brasília, DF: Imprensa Oficial, 1988.
- BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e instituciona a descentralização e as relações entre União, Estados e Municípios com relação à política de saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 29 de setembro de 1990.
- BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovern-

menais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth R de. As muitas vozes da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p.11-15.

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde* (Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90). 3. ed. Campinas: UNICAMP, 2002.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borget. Gestão da educação em saúde coletiva e gestão do Sistema Único de Saúde. In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra. M. S. (Orgs.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p. 143-161.

CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira. As necessidades de Saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 113-126.

LEVCOVITZ, Eduardo *et al.* Política de saúde os anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas

Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LEVCOVITZ, Eduardo. *Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS*. Um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde – 1974/1996. 1997. 302f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

MALTA, Deborah Carvalho. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do Acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. 427f. Tese (Doutorado) – Departamento de Medicina Preventiva e Social/Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, 2001.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que devem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS -UERJ/ABRASCO, 2001, p. 39-64.

MATUS, Carlos. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, Francisco J. Uribe (Org.). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Distrito Sanitário*. O processo social de mu-

danças de práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1993.

NUNES, Everardo Duarte. Carências urbanas, reivindicações sociais e valores democráticos. *Lua Nova*, Revista de Cultura e Política, São Paulo, v. 17, p. 67-91, jun. 1989.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003.

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS -UERJ, 2001. p. 65-112.

_____. *Da defesa do aço à defesa da vida: o cotidiano dos atores em suas práticas nos serviços de saúde*. 245f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

PINHEIRO, Roseni *et al.* Novas práticas de gestão da atenção especializada e a construção da integralidade no SUS: notas sobre a experiência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS. In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra. M. S. (Orgs.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p. 53-65.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel T. Modelos ideais x práticas eficazes: desencontro entre gestores e clientela nos serviços de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999. p. 3-23. (*Série Estudos em Saúde Coletiva*, 191).

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

POSSA, L. B. *et al.* Uma experiência de gestão regional do SUS. In: Ferla, Alcindo Antônio, FAGUNDES, Sandra. M. S. (Orgs.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Dacasa, 2002, p. 37-52.

SILVA, José Paulo Vicente da. *Gestão Compartilhada em Saúde: uma alternativa para construção da Integralidade no SUS? Uma análise das práticas de gestão da atenção especializada na Macrorregional de Saúde de Santa Maria no Estado do Rio Grande do Sul*. 29f. Projeto de Qualificação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.

STOTZ, Eduardo Navarro. *Necessidades de saúde: mediações de um conceito (contribuição das Ciências sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde)*. 514f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991.

Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia

Evaluation of the primary care services organization in Petrópolis: a methodological test

James Macinko¹
Celia Almeida²
Eliane Oliveira³

¹ Economista, Ph. D, ex-professor visitante do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), professor de saúde pública na Universidade de Nova York
e-mail: james.macinko@nyu.edu

² MD, MPH, Ph. D, pesquisadora titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
Av. Brasil, 4.036 – sala 707
CEP 21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
e-mail: calmeida@ensp.fiocruz.br

³ MPH, pesquisadora assistente do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
Av. Leopoldo Bulhões, 1.480 – 7º andar
CEP 21041-210 – Rio de Janeiro – RJ
e-mail: oliveira@ensp.fiocruz.br

RESUMO

O objetivo da pesquisa foi adaptar e aplicar um instrumento para medir dimensões organizacionais do sistema de atenção básica no município de Petrópolis (RJ), comparando as dimensões organizacionais selecionadas em dois tipos de unidades: as do Programa Saúde da Família (PSF) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais. A pesquisa utilizou a metodologia de informantes-chave. A ferramenta testada foi aplicada de forma rápida o que sugere que ela pode ser empregada nas avaliações regulares do desempenho das unidades. Conclui-se que apesar de Petrópolis ter realizado avanços importantes na atenção básica, enfrenta vários desafios, incluindo: melhorar acesso, reforçar o papel da atenção básica como porta de entrada no sistema, alcançar maior integralidade na atenção à saúde, melhorar a coordenação e aumentar a orientação para a comunidade.

DESCRITORES: Avaliação dos Serviços; Cuidados Primários de Saúde; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The purpose of the study was to adapt and apply an instrument to measure the organizational features of the primary care system in the municipality of Petrópolis (RJ), comparing the performance of its Family Health Program (PSF) with traditional primary care facilities (UBS). The study used the methodology of key reporters. The tool successfully employed a rapid assessment methodology suggesting that it could be used in on-going monitoring and evaluation of the performance of health facilities. In conclusion, in spite of making important advances in primary care, Petrópolis faces several challenges including the need to improve access, enforce the role of primary care as a gatekeeper to the health system, and improve the scope, coordination, and community orientation of both types of primary care services.

DESCRIPTORS: Services Evaluation; Primary Health Care; Family Health Program.

INTRODUÇÃO

Durante a última década do século passado, o Brasil experimentou grandes mudanças na organização, no financiamento e na oferta de serviços de seu sistema de saúde, sendo que a atenção básica tem merecido especial cuidado, com a introdução de programas inovadores e estratégicos para a mudança do modelo assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS).

Estas mudanças realizaram-se devido a muitos fatores, entre eles a necessidade de se desenvolver e disponibilizar para a população, serviços básicos que sejam mais acessíveis, equitativos e de melhor qualidade. Para responder a esse desafio, o Ministério da Saúde (MS) vem utilizando diversas estratégias, destacando-se os programas especiais – o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desde 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), desde 1994 – assim como o Piso da Atenção Básica (PAB), introduzido com a Norma Operacional Básica (NOB) 1996 e atualizado com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 2001 e 2002, como parte do processo de descentralização.

O PSF em particular apresentou um crescimento considerável. De 900 equipes em 900 municípios em 1996 (AGUIAR, 1998), passou para quase cinco mil equipes em 1.870 municípios em 1999 e 10.025 equipes em 3.059 municípios em 2000 (BRASIL, 2000). Entre as característi-

cas inovadoras do programa, incluem-se a ênfase em reorganizar serviços de atenção básica, centrando-os na família e na comunidade e integrando-os aos outros níveis de atenção. Entretanto, as pesquisas e as metodologias existentes para medir o alcance do programa nestas dimensões inovadoras ainda são insuficientes.

Daí o interesse em avaliar o alcance destes programas e, mais amplamente, o impacto dessas inova-

A ATENÇÃO BÁSICA TEM MERECIDO ESPECIAL CUIDADO, COM A INTRODUÇÃO DE PROGRAMAS INOVADORES E ESTRATÉGICOS PARA A MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ções na organização da atenção básica e na provisão de serviços, assim como o resultado da ação dos serviços de atenção primária na saúde da população em nível local.

Apresentamos aqui alguns resultados preliminares de uma pesquisa que foi desenhada para validar uma metodologia de avaliação rápida dos elementos organizacionais e do desempenho do sistema de atenção básica do SUS. O objetivo do estudo foi testar, no município de

Petrópolis (Rio de Janeiro) essa nova metodologia. Espera-se que no futuro esse instrumento possa ser aplicado a uma amostra nacional de municípios para determinar tendências no alcance das dimensões organizacionais da atenção básica e o seu impacto na saúde da população em nível nacional.

Na primeira parte do trabalho discutimos o marco teórico utilizado e a metodologia empregada; na segunda, apresentamos e discutimos alguns dos principais resultados; e, por fim, fazemos algumas considerações sobre este trabalho e seus possíveis desdobramentos.

MARCO TEÓRICO

Nas décadas antes mencionadas, de uma maneira geral, todos os países reformaram seus sistemas de serviços de saúde, guiados por objetivos de alcance de maior eficiência, equidade e qualidade na atenção, sendo que novos modelos e paradigmas de reforma têm sido difundidos mundialmente. Na América Latina, esses processos têm sido particularmente importantes, pois ao mesmo tempo que estão vinculados às políticas de ajuste macroeconômico e à reforma do Estado, são concomitantes ao aumento impactante da pobreza e das desigualdades, *pari passu* à deterioração das instituições públicas, exacerbadas exatamente por essas mesmas políticas (FANELLI *et al.*, 1992; HOEVEN;

STEWART, 1993; COMINETTI, 1994). Paralelamente, assistimos a mudanças muito mais radicais dos sistemas de saúde, com resultados pífios em relação ao preconizado pelas agendas de reforma, ou mesmo piora das condições antes observadas (ALMEIDA, 2002a; 2002b). Mais recentemente, esses resultados têm levado à formulação de estratégias que apontam para a (re)construção de sistemas de saúde mais equitativos e com serviços de melhor qualidade (INFANTE, 2000).

A atenção básica em saúde tem desempenhado papel de destaque nessas reformas contemporâneas. De início pensada numa perspectiva restrita, como uma forma de diminuir o gasto hospitalar, particularmente alto em todos os sistemas de saúde, ela vem pouco a pouco sendo retomada de forma mais ampla, voltada para a 'reversão do modelo assistencial', excessivamente centrado na assistência médica, com a recomendação de que deva fazer parte integral das estratégias de desenvolvimento econômico e social (WORLD BANK 1993; WHO 2001a). Entretanto, o impacto da atenção básica no alcance desses objetivos não foi investigado de maneira sistemática. Quase um quarto de século após Alma Ata (1978), existe pouca evidência disponível sobre o impacto da atenção básica na saúde da população e, menos ainda, no desenvolvimento socioeconômico ao longo do tempo (HILL *et al.*, 2000).

A discussão contemporânea sobre a avaliação dos sistemas de serviços de saúde reconhece a importância de definir os seus limites, explicitando-se claramente as áreas passíveis de intervenção direta das autoridades sanitárias (PAHO, 2001a). No que toca à atenção básica, a avaliação se depara com o problema adicional de que não existe consenso na literatura sobre seu conceito, tendo sido definida de forma diferente, no tempo e no espaço.

A ATENÇÃO PRIMÁRIA
FOI APROVADA COMO
A PRINCIPAL ESTRATÉGIA
PARA ATINGIR A META DE
"SAÚDE PARA TODOS NO ANO 2000"

Assim, em 1978, na Declaração de Alma Ata, a atenção primária foi aprovada como a principal estratégia para atingir a meta de "Saúde para todos no Ano 2000" (ASSEMBLÉIA MUNDIAL DA SAÚDE, 1977), e definida como:

A atenção essencial à saúde baseada em práticas e tecnologias cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis a indivíduos e famílias de uma comunidade, a um custo compatível com o estágio de desenvolvimento de cada país [...] É função cen-

tral dos SS de cada país e principal enfoque do desenvolvimento social e econômico da comunidade [...] É o primeiro nível de contato dos indivíduos, família e comunidade com a SS, levando a atenção de saúde mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (WHO, 1978, tradução livre).

Esse enfoque inter-relacionava pelo menos dois significados: uma prescrição geral que advogava que os sistemas sanitários deveriam dar prioridade à assistência básica, antecipando/evitando os problemas de saúde e os agravamentos das doenças e quebrando os ciclos perversos produtores das enfermidades; e um conjunto mínimo de ações e serviços que compunham a Atenção Primária e se estendiam para além do campo estrito dos serviços de assistência médica, focalizando as condições de vida e saúde das populações, incorporando ações na área de educação, saneamento, promoção da oferta de alimentos e da nutrição adequada, saúde materno-infantil (incluindo planejamento familiar), medidas de prevenção, provisão de medicamentos essenciais, garantia de acesso aos serviços etc. (WALT, 1994; ALMEIDA, 1995).

O enfoque de Atenção Primária, promovido também pela UNICEF, conjuntamente com a Organização Mundial da Saúde (OMS), foi acolhido entusiasticamente pelos países da periferia, mas tratado de

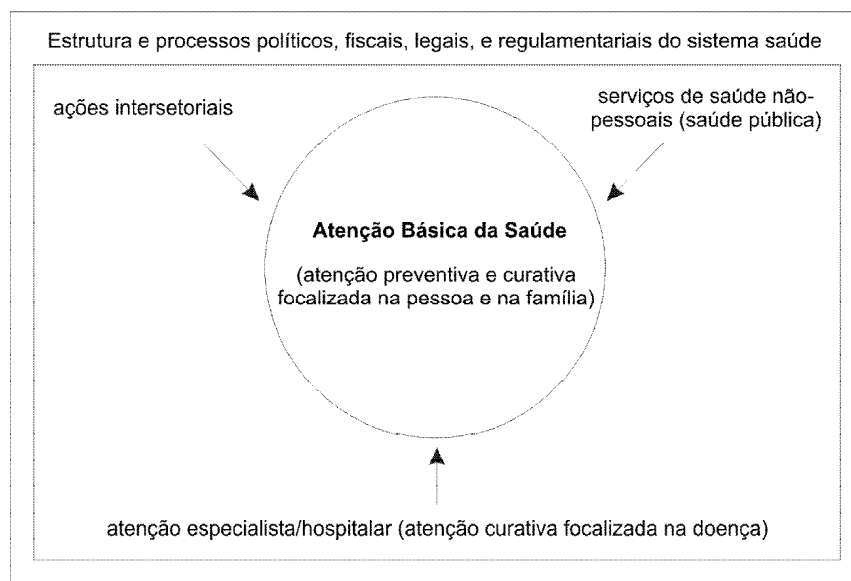
forma muito mais cautelosa nos países desenvolvidos.

Mais tarde, esse significado foi mudando e se confundindo com o de atenção básica, sendo que, para alguns autores, refere-se a um determinado nível de atenção; para outros, é um conjunto de serviços ou intervenções em saúde ou uma estratégia de conscientização das comunidades para melhora de seus problemas coletivos de saúde (VUORI, 1985).

Neste trabalho, elaboramos um modelo teórico (ou uma representação) da atenção básica que tenta incorporar essas diferentes dimensões (Figura 1). A ênfase está posta nas características e funções essenciais da atenção básica e nas suas relações com os outros elementos do sistema de saúde, definido de forma ampla pela Organização Mundial da Saúde como “todas as ações cuja principal intenção é promover a saúde” (WHO, 2000. p. 5). Esse modelo pode ser utilizado para descrever qualquer unidade de atenção básica, seja pública, privada ou não governamental.

No meio do círculo, na Figura 1, a atenção básica é composta pela assistência preventiva e curativa, centrada na pessoa, e deve resolver a maioria dos problemas de saúde da população. Incluem-se aí serviços básicos de assistência médica, como o tratamento cotidiano da maioria das doenças agudas, crônicas e traumatismos mais co-

FIGURA 1 – Atenção básica e sua relação com o sistema de saúde



muns; controles pré-natais e outros; vacinações; planejamento familiar; educação em saúde; nutrição e atenção a problemas não graves de saúde mental. Entretanto, a atenção básica tem uma abrangência maior do que o mero fornecimento de serviços de assistência médica, inter-relacionando e integrando outras dimensões funcionais do sistema de saúde, representadas pelas linhas que irradiam do círculo central e estabelecem as conexões mencionadas. Ao conectar a atenção básica com outras ações intersetoriais, o que se propõe é que ela possa influir nas demais ações necessárias para as mudanças nos determinantes não biológicos da saúde, sem ser a responsável direta pela execução dessas atividades, que podem ser concebidas, financiadas e implementadas por outros

setores como os de educação, saneamento básico, meio ambiente ou desenvolvimento econômico. No entanto, a atenção básica deve ser responsável pela criação e manutenção da inter-relação entre esses setores e a saúde das populações. E o grau de participação da atenção básica nessas ações vai variar segundo o tipo de ação e a disponibilidade de recursos.

Devido à tendência mundial à descentralização e à privatização de serviços públicos, hoje muitas das ações originalmente pensadas em Alma Ata como parte da atenção básica estão sendo desenvolvidas por organizações não-governamentais ou empresas privadas, que na maioria dos casos não têm relação formal com o setor saúde (WHO, 2001b). Isso justifica a definição da atenção básica pelas

funções que cumpre, sendo que essas definições funcionais também são úteis para avaliar os determinantes da saúde que podem ser mais especificamente enfrentados pelo setor de serviços de saúde. Do ponto de vista histórico, as próprias definições de atenção básica dificultaram a medida do seu impacto na saúde da população (STARFIELD, 1992; 2003). Esse desafio pode ser superado pelo exame dos elementos estruturais e funcionais da atenção básica.

Entre os elementos estruturais, quatro definem o potencial da atenção primária – acessibilidade, elenco de serviços, população adscrita e continuidade (ou atenção contínua). E os elementos processuais incluem a utilização de serviços e o reconhecimento das necessidades de saúde da população. São necessários um dos quatro elementos estruturais e um dos dois elementos processuais (desempenho) para medir o potencial e o alcance de cada um dos atributos da atenção primária, que são: porta de entrada, longitudinalidade, integralidade e coordenação (STARFIELD, 2003).

Nessa perspectiva, Barbara Starfield (2003, p. 28) elaborou a seguinte definição de atenção básica:

Aquele nível de um sistema de serviço de saúde que funciona como porta de entrada no sistema, atendendo todas as necessidades e problemas de saúde da pessoa (não direcionadas apenas para a enfermi-

dade), ao longo do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra os outros tipos de atenção fornecidos em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária [...] A atenção primária aborda os problemas mais comuns da comunidade oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação [...] Ela integra a atenção quando existem múltiplos problemas de saúde [...] É a atenção

O MINISTÉRIO DA SAÚDE DEFINIU A ATENÇÃO BÁSICA COMO UM CONJUNTO DE AÇÕES, DE CARÁTER INDIVIDUAL OU COLETIVAS, SITUADAS NO PRIMEIRO NÍVEL DE ATENÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE, VOLTADAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde.

É desejável combinar a definição orientada aos serviços de saúde, de Starfield, com uma noção mais ampla de atenção básica que reflete o conceito comunitário e multissetorial da atenção primária, como desenvolvido nos países em desenvolvimento. Baseados no trabalho de Starfield

(1992 e 1998) e na literatura disponível que discute a meta de 'Saúde para Todos no Ano 2000', elaboramos uma lista dos principais atributos da atenção básica (Quadro 1).

Pesquisas internacionais demonstram que sistemas de saúde que possuem dimensões como as descritas na Quadro 1 estão, em geral, correlacionados com custos mais baixos, maior qualidade dos serviços e um alto grau de satisfação do usuário (BERMAN, 2000; BINDMAN *et al.*, 1996; BOERMA, FLEMING, 1998; BUNKER, 2001; CASANOVA; COLOMER, 1996; STARFIELD, 1994). Estas dimensões também estão correlacionadas com melhor saúde em nível populacional, mesmo quando controladas por outros determinantes como PIB *per capita*, renda *per capita*, número de médicos, uso de tabaco e uso de álcool (MACINKO *et al.*, 2003).

No Brasil, o Ministério da Saúde definiu a atenção básica como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivas, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 1999). Esta definição inclui alguns elementos da definição de Starfield, tais como a porta de entrada e a integralidade da atenção. Mas outras dimensões essenciais da atenção básica (tais como coordenação da atenção, vínculo com o usuário, foco na pessoa) não aparecem na definição.

QUADRO 1 - Definições das dimensões essenciais da atenção básica da saúde (STARFIELD, 2003)

Dimensão	Definição
Acessibilidade	Envolve a localização do estabelecimento próximo da população à qual atende, os horários e dias em que está aberta para atender, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos da acessibilidade.
Porta de entrada	Implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde.
Vínculo ou longitudinalidade	Pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população adscrita, bem como os indivíduos dessa população, que deveriam receber atendimento na unidade de atenção básica, exceto quando for necessário realizar uma consulta fora ou fazer um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria estar refletido em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde.
Elenco de serviços ou integralidade	Implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde. Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários.
Coordenação ou integração dos serviços	Requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas — por exemplo, os observados em consultas anteriores ou pelos quais houve algum encaminhamento para outros profissionais deveriam ser avaliados nas consultas subsequentes.
Centralidade na família	Resulta quando o alcance da integralidade fornece uma base para a consideração dos pacientes dentro de seus ambientes, quando a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde e quando o desafio da coordenação da atenção se depara com recursos familiares limitados.
Orientação para a comunidade	Resulta de um alto grau de integralidade na atenção primária. Todas as necessidades relacionadas à saúde dos pacientes ocorrem em um contexto social; o reconhecimento dessas necessidades frequentemente requer o conhecimento do contexto social.
Formação profissional	Não é uma dimensão definida, para Starfield, mas representa um importante requisito para que os profissionais de saúde sejam capacitados para desempenhar suas funções segundo estas dimensões. Pressupõe que a atenção básica seja uma área de 'especialização' que requer formação específica.

METODOLOGIA

Esta pesquisa foi desenhada para validar uma metodologia de avaliação rápida dos elementos organizacionais e de desempenho do sistema de atenção básica do SUS. Foi realizada pela adaptação de um instrumento — o *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) — que é um questionário formulado e validado para avaliar os aspectos críticos da atenção primária em países industrializados, como EUA e Canadá, desenvolvido na Universidade de Johns

Hopkins (STARFIELD, 2000; 1998). Pesquisadores norte-americanos demonstraram que este instrumento possibilitou medir as dimensões essenciais da atenção básica de maneira válida e confiável (SHI *et al.*, 2001). O instrumento foi originalmente desenhado para ser usado com informantes-chave e inclui questões referentes às dimensões mencionadas antes. Cada uma dessas dimensões está relacionada a um determinado número de ações específicas em nível da prática clínica, de saúde pública ou de im-

plementação da política. Essas ações foram selecionadas segundo seu potencial para melhorar a efetividade da atenção primária.

O município de Petrópolis, no Rio de Janeiro, foi escolhido para testar a metodologia pela facilidade de acesso; por ter um sistema local de saúde com razoável tradição histórica de desenvolvimento da atenção básica; e ter o PSF funcionando há cerca de cinco anos, em algumas localidades, sendo que atualmente está em processo de implantação de mais equipes. Além disso, possui

unidades básicas tradicionais funcionando com regularidade.

Foram elaboradas duas versões do instrumento: uma para ser aplicada aos profissionais que atuam nas unidades de atenção básica – PSF e tradicionais – e outra aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis (SMS/Petrópolis). Cada instrumento contém cem perguntas específicas sobre aspectos da atenção básica, que correspondem a indicadores de avaliação da atenção básica tomados de pesquisas e experiências internacionais. Cada indicador está relacionado também a uma das oito dimensões descritas no Quadro 1. Alguns indicadores foram modificados em relação aos originalmente incluídos no questionário PCAT e o instrumento foi adaptado para melhor refletir o contexto brasileiro. Foi realizado um pré-teste com alguns informantes-chave selecionados, pois embora a metodologia já tenha sido aplicada em outros países latino-americanos, ainda não havia sido aplicada no Brasil.¹

Cada entrevistado respondeu às perguntas segundo uma escala predefinida com valores de zero a cinco. As respostas foram somadas e o valor médio das respostas de todas as perguntas para cada dimensão foi calculado para cada pessoa entrevistada. Essas respostas foram analisadas individualmente e tam-

bém por tipo de programa (PSF ou Unidade de Saúde tradicional). O fato de as perguntas e as escalas serem iguais para cada pessoa entrevistada, facilita a comparação entre as diferentes unidades, programa e níveis (por exemplo, comparando unidades com outras unidades ou comparando programas com outros programas).

Vários mecanismos foram utilizados para assegurar a validade das respostas. Primeiro, cada informan-

FOI REALIZADO UM PRÉ-TESTE COM
ALGUNS INFORMANTES-CHAVE
SELECIONADOS, POIS EMBORA A
METODOLOGIA JÁ TENHA SIDO APLICADA
EM OUTROS PAÍSES LATINO-AMERICANOS,
AINDA NÃO HAVIA SIDO APLICADA NO BRASIL

te-chave foi selecionado segundo os critérios definidos – cargo atual, número de anos trabalhados na municipalidade pesquisada e credenciais profissionais. Segundo, vários informantes-chave foram selecionados para abordar o mesmo município, permitindo avaliar a concordância inter-avaliador. Terceiro,

todo entrevistado foi solicitado a avaliar a sua própria confiança nas respostas dadas, ou seja, foi perguntado que porcentagem das respostas havia sido extraída de dados preexistentes e que porcentagem era devida unicamente à opinião pessoal do informante. Por fim, como a primeira fase da pesquisa foi centrada em apenas um município, os resultados da sondagem foram comparados com a análise de fontes de dados secundários disponíveis, quanti e qualitativos, avaliando-se a concordância entre ambos. Esse processo de ‘triangulação’ (usando várias fontes de dados para confirmar a sua validade) é muito comum nas pesquisas qualitativas (GOMES VICTORIA *et al.*, 2000).

Diferenças nos resultados entre tipos de unidades (PSF e tradicional) foram testadas usando o teste X^2 . A diferença entre as duas unidades foi considerada estatisticamente significativa se a probabilidade calculada era menor que 0,05. Este limite é considerado conservador, pois o tamanho da amostra ($n = 33$) é pequeno (FISHER; VAN BELLE, 1993).

RESULTADOS

O município de Petrópolis fica localizado na região serrana fluminense do estado do Rio de Janeiro.

¹ Essa etapa da pesquisa foi financiada com alguns recursos da Bolsa Fulbright, assignada ao professor visitante da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), James Macinko, e teve apoio operacional do Departamento de Administração em Planejamento e Saúde (DAPS) e da Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis, Rio de Janeiro.

Fundada em 1857, possui uma altitude de 809m, com uma área total de 776,6km² e uma população de 286.348 habitantes, perfazendo uma densidade demográfica de 359,49 habitantes/km², segundo o Censo Demográfico de 2002. Aos 160 anos, Petrópolis possui mais de 700 construções históricas, tombadas em prol da preservação do patrimônio. Entre elas encontram-se o Museu Imperial, a casa de Santos Dumont, a catedral São Pedro de Alcântara, o palácio Rio Negro, o Museu Casa do Colono, o Palácio de Cristal e o palácio Quitandinha, que atraem mais de 500 mil turistas por ano. A Cidade Imperial, como é chamada, fica a uma hora da capital e vem ganhando destaque no país como pólo de alta tecnologia. É a única cidade brasileira a fazer parte da *World Tecnópolis Association (WTA)*, considerado o mais importante organismo internacional na promoção de projetos e estudos entre as tecnópolis espalhadas pelo mundo. Alguns dados sobre o município e sua inserção no estado do Rio de Janeiro estão resumidos na Tabela 1.

Foram entrevistados profissionais (médico ou enfermeiro) de 23 (90%) das 26 unidades do PSF e dez (75%) dos 15 postos e centros de saúde tradicionais no município, além de todos os gestores da SMS/Petrópolis, com pelo menos cinco anos de experiência na cidade. Foram incluídos na pesquisa os postos e centros de saúde que atendem à maio-

TABELA 1 – Características do Município, 2002

Indicador	Petrópolis	Estado do Rio
Área (km ²)	811	43.696
Habitantes	286.348	14.724.479
Renda per capita anual (RS)	7.588	9.788
Taxa de mortalidade infantil/1.000 NV	23,20	19,74
Proporção de NV com baixo peso ao nascer	10,34	8,58
Proporção de NV de mães com > 4 consultas pré-natais	90,53	89,67
Taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares/100,000)	79,57	60,23
Cobertura pelo PSF (%) (2002)	14,66	12,87
Estabelecimentos de saúde	152	4.679
Estabelecimentos públicos	41	1.765
Estabelecimentos municipais	40	1.660
Estabelecimentos privados com fins lucrativos	100	2.644
Estabelecimentos ambulatoriais	86	2.966
Serviços de Apoio a Diagnose e Terapia	52	1.183
Empregos de Saúde	6.724	249.704
Empregos médicos	2.505	29.885
Empregos de Enfermeiros	276	11.964

Fonte: IBGE, 2002.

ria da população, identificados pelo censo, com base no número de procedimentos executados por unidade em 2002 (SIASUS, 2002).

A pesquisa incluiu as oito dimensões da atenção básica mencionadas, mas neste artigo serão apresentados apenas os resultados referentes a algumas delas, consideradas essenciais: vínculo, foco na família, orientação comunitária e coordenação.

Vínculo

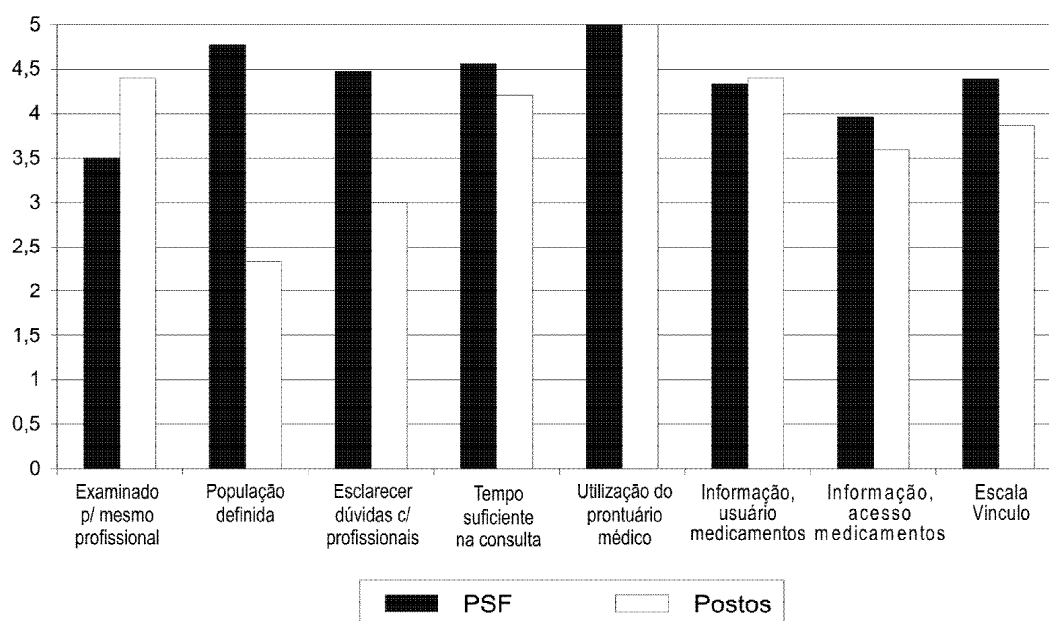
As unidades do PSF têm um vínculo mais forte com seus usuários do que as unidades tradicionais. A escala é 4.4 (de um total possível

de 5) para o PSF e 3.9 para os postos e centros de saúde. Esta diferença ($p < 0.05$) é estatisticamente significativa (Gráfico 1).

Além da diferença nas escalas, também existe uma variação entre os indicadores específicos de vínculo:

- a população adscrita é mais frequente nas unidades do PSF do que nas tradicionais ($p < 0.05$); e
- os clientes têm mais facilidade para ligar ou falar com o mesmo profissional de saúde que o atendeu, quando têm algum problema ou pergunta sobre seu tratamento, nas uni-

GRÁFICO 1 – Vínculo por tipo de unidade, Petrópolis, 2003



dades do PSF do que nas tradicionais ($p < 0,05$);

- cada usuário é examinado pelo mesmo profissional, cada vez que consulta, com mais frequência nas unidades tradicionais do que no PSF, mas esta diferença não é estatisticamente significativa;

- todas as unidades do PSF e as tradicionais reportam que os profissionais de saúde sempre usam os prontuários médicos em cada consulta do usuário.

Estes resultados merecem algumas observações. O fato de ser mais provável que o mesmo profissional atenda ao usuário em diferentes consultas nas unidades tradicionais do que nas do PSF é surpreendente, uma vez que as unidades de PSF em geral têm só um médico e um

enfermeiro. Discussão com integrantes da equipe do programa revela que eles têm talvez uma definição mais clara de atividades a serem desenvolvidas por cada profissional, sendo que para muitos problemas de saúde o cliente somente se consulta com o enfermeiro, mas para outros problemas teria que se consultar com o médico.

Com respeito à população adscrita, é interessante notar que quase a metade das unidades tradicionais respondeu que tinha uma população definida, embora essa não seja uma norma de organização. Conversações com as equipes revelaram que alguns dos postos de saúde contam como clientes que também fazem parte do PACS; e pelo menos um posto de saúde constatou que clientes do PSF também fre-

qüentam o posto de saúde tradicional, caso a fila de espera seja muito longa no posto PSF. Quanto ao vínculo, o fato do PSF estabelecer um vínculo mais claro com o cliente seria devido a que os clientes dispõem de mais tempo durante a consulta, o que lhes permite esclarecer dúvidas e conversar mais com o profissional. Entretanto, tanto as unidades do PSF quanto os postos tradicionais avaliam que dão tempo suficiente para a consulta.

Por fim, é também importante enfatizar uma boa prática que acontece em todas as unidades: o uso do prontuário médico em toda consulta, pois facilita quando perguntam, durante a consulta, sobre todos os medicamentos que o cliente está tomando e as possíveis intercorrências.

Coordenação

Na dimensão ‘coordenação’ não existe grande diferença entre as unidades do PSF e as tradicionais (Gráfico 2). O valor médio para os dois tipos é praticamente igual. Algumas diferenças específicas incluem:

- PSF utiliza mais as normas para referência e contra-referência ($p < 0.05$);
- o PSF reporta maior probabilidade de ter mecanismos formais para marcar consultas com especialistas ($p < 0.05$);

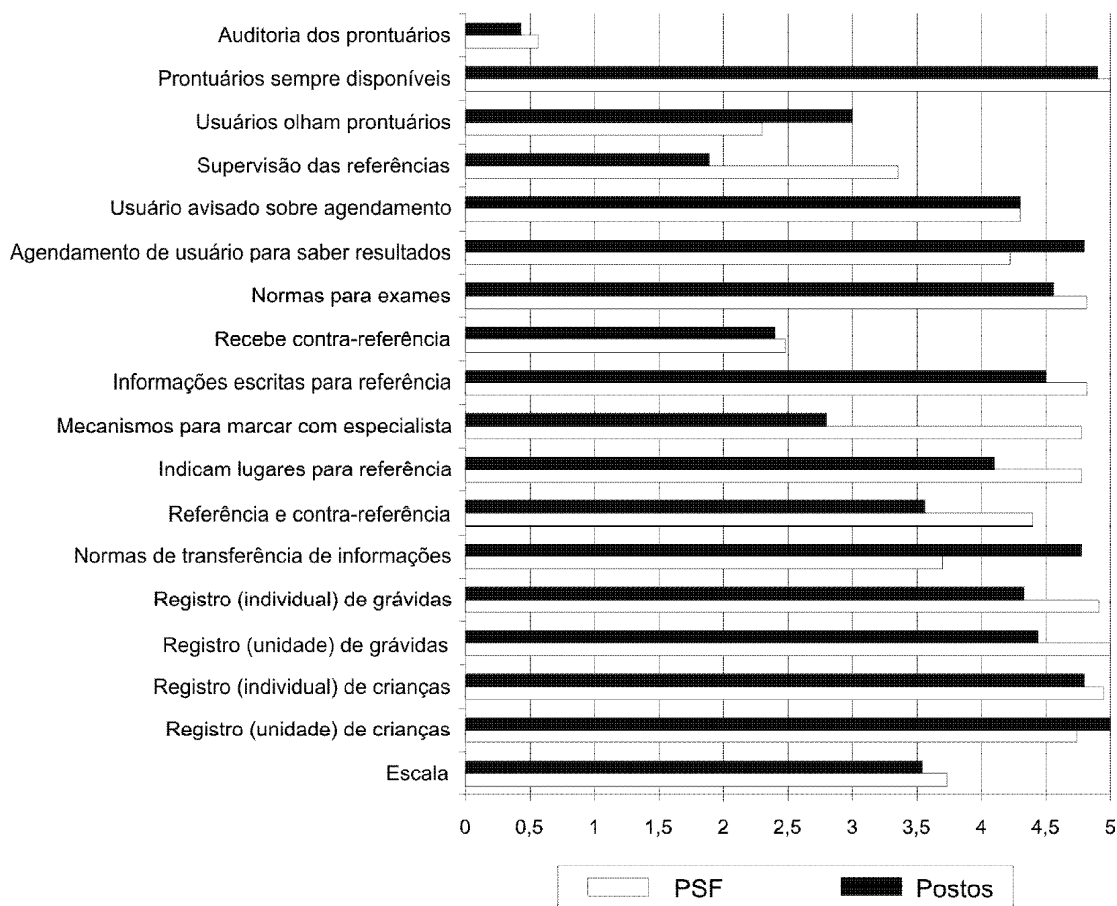
- o PSF reporta mais frequentemente o fornecimento de informações escritas para clientes entregarem aos especialistas quando encaminhados ($p < 0.05$); e

- os dois tipos de unidades reportam problemas no processo de contra-referência, recebendo informações sobre os resultados de consultas em cerca de metade dos casos.

O PSF mostrou melhor coordenação que os postos de saúde tradicionais apenas em três áreas. Duas delas (utilização de normas

para referências e fornecimento de informações escritas para serem entregues ao serviço especializado) têm a ver com as ações do médico ou enfermeiro que faz a referência e podem refletir a capacitação permanente da equipe do PSF. A outra (mecanismos para marcar consultas com especialistas), supostamente, deveria ser igual para as duas. Uma possível explicação seria que a Secretaria de Saúde daria maior apoio às referências do PSF do que às das unidades tradicionais.

GRÁFICO 2 – Coordenação por tipo de unidade, Petrópolis, 2003



Centralidade na família

Observa-se uma diferença importante entre as unidades PSF e as tradicionais no que se refere à centralização na família, sendo que é mais freqüente nas unidades do PSF (4.5) do que nas tradicionais (3.13), sendo que a diferença é estatisticamente significativa ($p < 0.05$). Existem várias outras diferenças entre os indicadores específicos (Gráfico 3):

- nas unidades do PSF quase todos os prontuários médicos são organizados por família, mas nenhum é organizado dessa maneira nos postos tradicionais ($p < 0.05$);

- os PSF reportam que mais freqüentemente perguntam ao usuário sobre fatores de risco na família dele ($p < 0.1$); e

- quase todos os postos, sejam PSF ou não, incluem perguntas sobre fatores de risco socioeconômicos durante a consulta.

Esse resultado confirma a implementação de uma das principais diretrizes do PSF, o foco de ação está voltado para a família (CANESQUI; OLIVEIRA, 2002).

Orientação para a comunidade

Existe uma diferença entre as unidades do PSF e as tradicionais

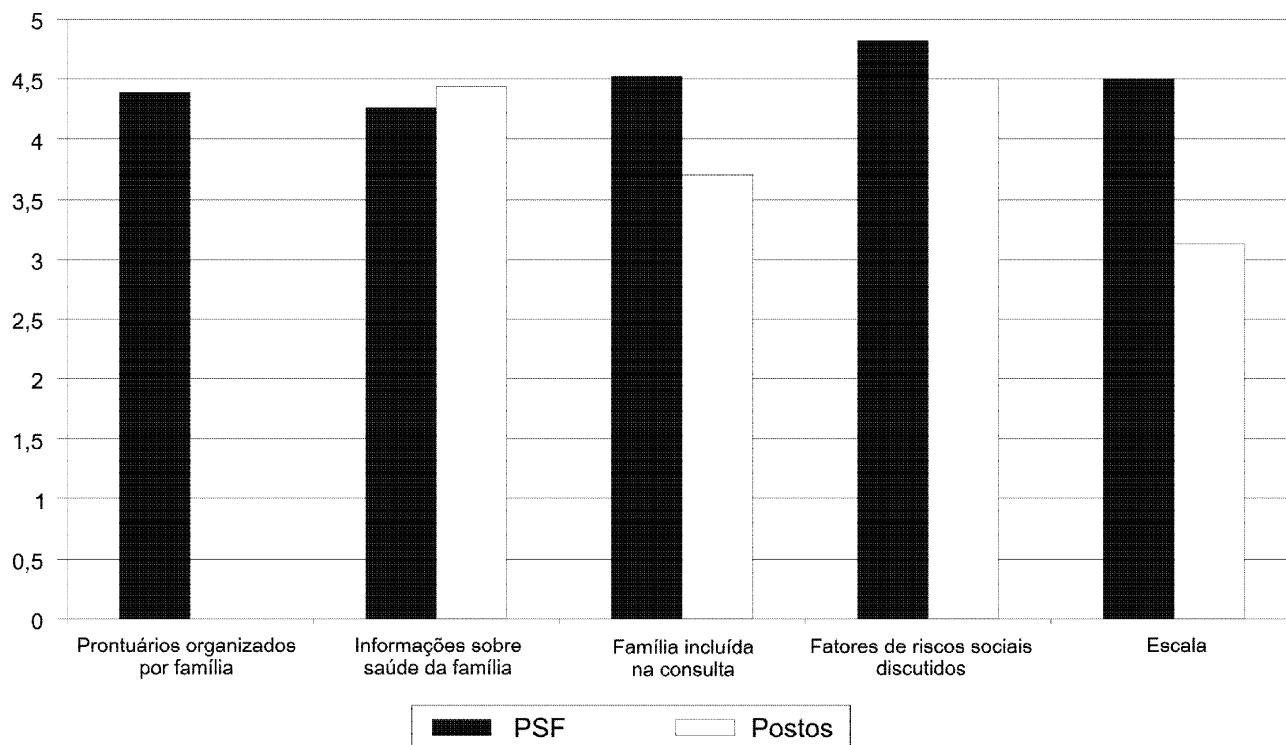
em relação à orientação comunitária. Em geral, as do PSF são mais voltadas para a comunidade, mas a escala não é significativa do ponto de vista estatístico, provavelmente por causa da grande variabilidade entre as unidades do PSF (Gráfico 4). Além disso, observa-se que:

- as unidades do PSF realizam mais enquetes para saber os problemas de saúde nas comunidades ($p < 0.05$);

- mais freqüentemente oferecem visitas domiciliares ($p < 0.05$);

- mais freqüentemente reportam realizar trabalhos intersetoriais na comunidade; e

GRÁFICO 3 – Centralidade na família por tipo de unidade, Petrópolis, 2003



• reportam mais autonomia para reorganizar os serviços com base nos problemas identificados na comunidade ($P = 0.1$).

Recomendações e conclusões

A pesquisa demonstrou que a aplicação do instrumento (questionário) é capaz de discriminar claramente a especificidade das duas modalidades de atenção básica no município, além de fornecer informações práticas e objetivas sobre o alcance das dimensões essenciais dos serviços da atenção básica no município.

Pode-se dizer que apesar de Petrópolis ter realizado avanços importantes na atenção básica, enfrenta vários desafios, incluindo: melhorar acesso, reforçar o papel da atenção básica como porta de entrada no sistema, alcançar maior integralidade na atenção à saúde, melhorar a co-

ordenação e aumentar a orientação para a comunidade.

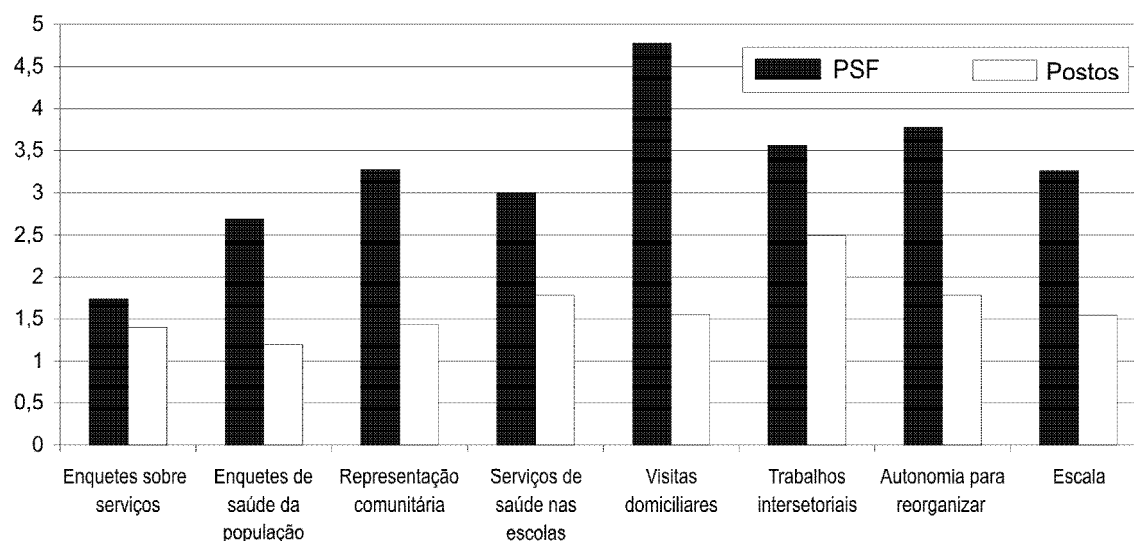
Em geral as unidades do PSF atingiram um maior nível de alcance das dimensões organizacionais da atenção básica do que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, mas em algumas dimensões as UBS apresentaram escores equivalentes, o que pode ser explicado pela maior tradição do município no desenvolvimento da atenção básica tradicional e pouco tempo de implementação do PSF (cerca de cinco anos). Por fim, o uso de gestores e supervisores como informantes-chave é complementar aos resultados obtidos com os informantes-chave das unidades. Os gestores e supervisores concordaram com as respostas obtidas nas unidades em 62,5% dos casos no PSF e 87,5% dos casos nos postos de saúde.

Por outro lado, os informantes-chave do PSF tiveram um desempenho

um pouco pior do que os das unidades tradicionais, quando analisada a confiabilidade das respostas, e isso provavelmente tem a ver com o fato de que a maioria dessas unidades serem novas e talvez os profissionais sejam menos experientes. Entretanto, dado que o PSF tem vários sistemas de informação disponíveis (SIAB, Pacto da Atenção Básica), esperava-se melhor desempenho nas respostas destes profissionais, apesar de que outras pesquisas já tenham observado que vários sistemas de informação ainda não são utilizados ou consultados rotineiramente pelos profissionais (ESCOREL *et al.*, 2002). Em futuras pesquisas deverá ser incluído maior número de informantes para testar melhor a diferença entre eles.

Finalmente, é importante acrescentar que a ferramenta testada foi aplicada de forma rápida (menos de vinte minutos por entrevista), o que

GRÁFICO 4— Orientação comunitária por tipo de unidade, Petrópolis, 2003



sugere que ela pode ser empregada nas avaliações regulares do desempenho das unidades. A apresentação dos resultados preliminares aos gestores em Petrópolis² provocou um diálogo muito interessante entre os pesquisadores, os gestores do PSF e os das unidades tradicionais, o que não apenas ajudou a interpretar alguns dos resultados encontrados, como também possibilitou a discussão das diferentes práticas adotadas em cada unidade específica, concluindo-se pela necessidade de compartilhá-las. Discutiu-se ainda a inconveniência de 'acabar' com as unidades tradicionais, como preconizado pelo Ministério da Saúde, e a importância de integrá-las ao PSF, sendo que existe a proposta de implementar, em uma área específica do município, o PSF dentro da própria unidade básica tradicional. Ao mesmo tempo, os gestores manifestaram interesse em continuar efetuando essa avaliação periódica das características organizacionais das unidades para monitorar as possíveis mudanças na sua atuação e, ao longo do tempo, avançar na avaliação do impacto dessas mudanças na saúde da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, D. S. *A Saúde da Família no Sistema Único de Saúde: Um novo Paradigma?* Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 1998.
- ALMEIDA, Celia Maria de. *As Reformas Sanitárias nos Anos 80: Crise ou Transição?* Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 1995.
- _____. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, Suplemento, 2002a. p. 23-36.
- _____. Health systems reform and equity in Latin America and the Caribbean: lessons from the 1980s and 1990s. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jul./ago. v.18, n. 4, 2002b. p. 905-925.
- BERMAN, P. Organization of ambulatory health care provision in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* v. 78, n. 6. 2000. p. 791-802.
- BINDMAN, A. *et al.* "Primary care and receipt of preventive services." *Journal of General Internal Medicine* n. 11, 1996. p. 269-76.
- BOERMA, W.; FLEMING, D. *The role of general practice in primary health care*. Norwich: The Stationery Office/ World Health Organization Regional Office for Europe, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual para a Organização da Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretária de Assistência à Saúde, 1999.
- BUNKER, J. P. The role of medical care in contributing the health improvements within societies. *Int J Epidemiol*, v. 30, n. 6, 2001. p. 1.260-1.263.
- CANESQUI, Ana Maria; de OLIVEIRA, A. M. Saúde da Família: modelos internacionais e estratégia brasileira. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza (Org.). *O Sistema Único de Saúde em Dez Anos de Desafio*. São Paulo: So-
bravime, Cealog, 2002.
- CASANOVA, C.; COLOMER, C. "Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions in Valencia (Spain)." *Int J Qual Health Care*, v. 8, n. 1, 1996. p. 51-59.
- COMINETTI, R. "Ajuste fiscal y gasto social". *Revista de la Cepal* 54. diciembre, 1994. p. 47-60.
- ESCOREL, Sarah (Coord.); GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria H., MAGALHÃES, R.; SENNA, Mônica C. M. *Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos*. Síntese dos Principais Resultados. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica/DAB, 2002.

² Participaram dessa reunião, além do Secretário Municipal de Saúde, João Werneck de Carvalho Filho, vários outros profissionais que atuam na área da atenção básica ou ocupam cargos de direção, formando um total de 11 pessoas.

- FANELLI, J. M.; FRENKEL, R.; ROZENWURCEL, G. "Crecimiento y Reforma Estructural en America Latina. La situación actual". In: *Adonde va America Latina*. Buenos Aires: CEDES, 1992.
- FISHER, L.; VAN BELLE, G. *Biostatistics: a methodology for the health sciences*. New York: John Wiley & Sons, Inc, 1993.
- GOMES; Vítoria C.; KNAUTH, D. Riva; HASSEN, M. de Nazareth Agra. *Pesquisa Qualitativa em Saúde*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
- HILL, A. G.; MACLEOD, W. B.; JOOF, D. *et al*. Decline of childhood mortality in children in rural; Gambia: the influence of village-level primary health care. *Tropical Medicine and International Health* v. 5, n. 2, 2000. p. 107-118.
- HOEVEN, R. Van Der; STEWART, F. "Social development during periods of structural adjustment in Latin America". *International Labour Office – Occasional Paper* 18, 1993. (mimeo).
- INFANTE, A.; DE MATA, I.; LOPEZ-ACUÑA, A. Reforma de los sistemas de salud an America Latina y el Caribe: Situación y tendencias. *Rev Panam Salud Publica*, v. 8, n. 1/2 2000, p. 13-20.
- MACINKO, James, STARFIELD, Barbara, SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within organization for economic cooperation and development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research*, v. 38, n. 3, 2003, p. 819-854.
- MACINKO, James. Primary Care Orientation of Health Systems in the Américas. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2002.
- OR, Z. *Exploring the effects of health care on mortality across OECD countries*. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), 2001.
- PAHO. Regional Consultation of the Americas on Health Systems Performance Assessment (background paper for the regional consultation). *Final Report*. WHO: PAHO. 2001.
- Health system performance assessment and improvement in the regions of the Americas*. Washington, DC: PAHO/WHO, 2001a.
- SHI, L., STARFIELD, Barbara, XU J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *Journal of Family Practice* v. 50, n. 2, 2001, p. 161-175.
- STARFIELD, B. Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. New York, Oxford: Oxford University Press, 1992.
- _____. Primary care: Is it essential? *Lancet* 344, 1994, p. 1.129-1.133.
- _____. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. London/New York: Oxford University Press, 1998.
- _____. *Atención Primaria – Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona:Fundación Jordi Gol i Gurina/SCMFIC/Masson, 2000.
- _____. *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, 2003.
- VUORI, H. The role of schools of public health in the development of primary health care. *Health Policy* 4, 1985. p. 221-230.
- WALT, G. *Health Policy – An Introduction to Process and Power*. Johannesburg, New Jersey and London: Witwatersrand University Press, 1994.
- WHO. *Declaration of Alma Ata*. Geneva: World Health Organization, 1978.
- _____. World Health Report 2000. Geneva: World Health Organization, 2000.
- _____. Proposed strategies for health systems performance assessment. Summary document. Geneva: World Health Organization, 2001a.
- _____. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Commission on Macroeconomics and Health – Final Report. Geneva: WHO, 2001b.
- WORLD BANK. World Development Report 1993: Investing in health. New York/London: Oxford University Press, 1993.

A Mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços

The change in the model of Health Care in SUS: untying knots and creating links

Carmen Fontes Teixeira¹

RESUMO

O objetivo do trabalho é caracterizar as principais propostas de mudança no conteúdo e na forma de organização das práticas de saúde que vêm sendo elaboradas e experimentadas no âmbito do sistema público de serviços de saúde no Brasil, nos últimos anos, tentando evidenciar suas diferenças e possíveis confluências tendo em vista o debate atual sobre as políticas e estratégias de transformação do “modelo de atenção à saúde” no âmbito do SUS. Toma-se como ponto de partida uma breve revisão da emergência e desenvolvimento das diversas correntes de pensamento nesta área e sistematizam-se alguns elementos teóricos de referência para a análise das diversas propostas.

DESCRITORES: *Cuidados Integrals de Saúde; Cuidados Primários de Saúde; SUS.*

ABSTRACT

The aim of this article is to characterize the main proposals of change in the content and organization of health practices that have been developed and experienced in Brazil in the last few years, trying to bring forward their differences and possible convergence, keeping in mind the current discussion on policies and strategies of transformation for the “model of health care” within SUS. We start with a brief revision of the emergence and development of the various thought lines in the area and then a system of reference theoretical elements is presented to the analysis of various proposals. Then the various discussed proposals are characterized, regarding their origin, theoretical and conceptual basis, action strategies and innovations introduced in work processes and/or in the organization of health services.

DESCRIPTORS: *Comprehensive Health Care; Primary Health Care; SUS.*

¹ Doutora em Saúde Pública, professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

INTRODUÇÃO

A reflexão sobre a problemática do que hoje denominamos ‘modelos de atenção à saúde’, remonta aos primórdios do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e teve suas origens na análise crítica da prática médica e dos ‘movimentos ideológicos’ de reforma que se apresentavam na conjuntura da época, especialmente a Medicina Preventiva (AROUCA, 1975) e a Medicina Comunitária (DONNANGELO, 1976). Esses estudos abriram o caminho para a investigação dos determinantes do “processo de trabalho em saúde” (MENDES-GONÇALVES, 1979), de um lado, e das diversas modalidades de organização social das práticas de saúde no Brasil, especialmente a “Medicina Previdenciária” (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1979) as empresas médicas de “Medicina de Grupo” (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1984; CORDEIRO, 1984) e as experiências alternativas que começavam a ser desenvolvidas naquele período, em vários locais, como Montes Claros (MG), Londrina (PR), Campinas (SP) e outros.

Muita coisa aconteceu nos 28 anos que nos separam dos trabalhos pioneiros de Antônio Sergio da Silva Arouca e de Maria Cecília Donnangelo, ponto de partida para uma reflexão teórica e política que contribuiu decisivamente para a cons-

trução dos alicerces conceituais do movimento pela RSB. Uma revisão crítica da ‘produção acadêmica’ ao longo desse período certamente indicará que a temática do processo de trabalho em saúde ou a produção social dos serviços, em suas distintas modalidades e formas de organização, foi sendo progressivamente deslocada do centro das atenções, em virtude da proeminência que passaram a ter as questões de ordem jurídico-legal (em função do

A REFLEXÃO SOBRE A PROBLEMÁTICA DO QUE HOJE DENOMINAMOS ‘MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE’, REMONTA AOS PRIMÓRDIOS DO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

debate parlamentar sobre o direito à saúde e a legislação do Sistema Único de Saúde - SUS) e político-institucional, particularmente a problemática do financiamento e gestão do sistema público de saúde, o que reflete, inclusive, a dinâmica do processo político da RSB nos anos 1980 e primeira metade dos anos 1990.

Ainda assim, vários pesquisadores¹ vinculados a universidades e núcleos de pesquisa e cooperação técnica desenvolveram estudos e investigações sobre essa temática, acopladas, no mais das vezes, ao desenvolvimento de experiências inovadoras de gestão e reorganização de serviços e de processos de trabalho em saúde. Nesse sentido, pode-se constatar uma diversificação de abordagens e propostas alternativas, diferenciadas em função dos contextos, dos fundamentos teórico-conceituais adotados e das estratégias de mudança das práticas preexistentes nas unidades de saúde e nos sistemas locais que se constituíram dessa experimentação e reflexão crítica. De fato, os últimos 15 anos foram pródigos na geração de ‘experiências locais, distritais e municipais’, que contemplaram a introdução de inovações organizacionais e operacionais no sistema de serviços e nos processos de trabalho em saúde.

No período Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS (1987-1989), em alguns Distritos Sanitários (DS), dentre os que foram criados em todo o país, começou um processo de experimentação que buscava articular as contribuições de distintas disciplinas e de distintos movimentos ideológicos em torno da mudança das práticas de saúde. Ain-

¹ Cabe destacar as contribuições dos integrantes do LAPA – UNICAMP, os docentes do Departamento de Medicina Preventiva (DMP) da Universidade de São Paulo (USP) e o grupo do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), que desenvolveram, respectivamente, um conjunto de propostas identificadas como “modelo tecno-assistencial em defesa da vida”, “ações programáticas de saúde” e “vigilância da saúde”.

da no final dos anos 1980 e início dos anos 1990, com as mudanças políticas verificadas em vários municípios, multiplicaram-se as experiências que buscavam introduzir alterações na organização dos serviços de saúde e nas relações entre a oferta, a demanda e as necessidades de saúde da população, com a incorporação de propostas elaboradas em conjunto com os grupos acadêmicos referidos, muitas vezes sob patrocínio de organizações internacionais como foi o caso da Organização Panamericana de Saúde (OPS) e da Cooperação Italiana em Saúde (SILVA JÚNIOR, 1998; MENDES, 1993; TEIXEIRA; MELO, 1995).

Paralelamente a esse processo desencadeado pelos gestores de sistemas municipais de saúde, notadamente a partir da implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), na segunda metade dos anos 1990, centenas de experiências inovadoras na prestação de serviços vêm sendo desenvolvidas, seja no âmbito de uma unidade específica, ou mesmo no seio de uma equipe dos programas, introduzindo-se inovações no conteúdo das práticas – assistenciais, preventivas ou promocionais, e nas relações dos serviços com os diversos grupos da população nas áreas de abrangência dos programas.

O processo de construção do SUS vem se constituindo, portanto, em um imenso 'laboratório', por conta de uma complexa e intrincada rede

de relações entre assessorias e consultorias prestadas por núcleos acadêmicos e organismos de cooperação técnica, nacionais e internacionais. Isto contribuiu para a difusão e incorporação de propostas que vinham sendo elaboradas e testadas em espaços restritos, as quais puderam ser trasladadas a outras realidades, gerando novas adaptações e desdobramentos. Observa-se, assim, um processo de 'interfertilização' entre a experimentação prá-

O MINISTÉRIO DA SAÚDE VEM ADOTANDO
PROPOSTAS DE REORGANIZAÇÃO DOS
SERVIÇOS, FUNDAMENTADAS NO DEBATE
INTERNACIONAL SOBRE O TEMA QUE
'DIALOGAM' COM A REFLEXÃO NACIONAL

tica no âmbito de sistemas estaduais e municipais de saúde e a reflexão teórico-crítica de diversos grupos acadêmicos. Mais recentemente, o Ministério da Saúde (MS) vem adotando propostas de reorganização dos serviços, fundamentadas no debate internacional sobre o tema que 'dialogam' com a reflexão nacional, gerando experiências inovadoras, criativas, que constituem, a nosso ver, a base para o desenvolvimento de um modo de pensar e de agir em termos de mu-

dança do modelo de organização das práticas de saúde, que aponta para a possibilidade de construção de propostas e respostas coerentes com nossos problemas e nossas utopias.

Apesar disso, no âmbito do 'debate político', a questão dos modelos de atenção, mesmo que tenha aparecido como tema da 10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), e também na 11ª, foi obscurecida pelas discussões em torno do financiamento e da gestão do sistema. Isso, desde o período SUDS, passando pelo período Collor (ênfase na questão gerencial), no governo Itamar (quando se coloca com mais força a proposta de municipalização, implementada a partir daí através das Normas Operacionais Básicas - Nobs) e mesmo no período FHC, quando, inicialmente, o debate central girou em torno da questão do financiamento (CPMF e posteriormente a EC-29) e da gestão (com a NOB-96 e a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NoAs). Somente com a expansão do Saúde da Família, a partir de 1998, esse tema passou a ter um pouco mais de visibilidade, tanto na mídia, em função do marketing político do governo quanto por conta das iniciativas desencadeadas pelas instâncias de coordenação central e estadual dos programas, especialmente em eventos que evidenciaram os resultados alcançados em termos de cobertura populacional, número de equipes formadas e capacitadas, além dos

efeitos verificados em alguns indicadores de saúde.

No momento atual, levando em conta o novo cenário governamental, especialmente no âmbito do Ministério da Saúde, é possível se pensar que o centro do debate político que vem se configurando no SUS, cujos desdobramentos se explicitarão na 12ª CNS serão as propostas e estratégias de mudança do modelo de atenção à saúde. De fato, pela primeira vez, nos últimos 15 anos, é possível que a problemática da mudança do modelo possa ser o eixo articulador do conjunto das políticas do MS, direcionando, especificamente, as opções em torno do Financiamento das ações e do Desenvolvimento de Recursos Humanos, sabidamente os dois “nós críticos” mais importantes do processo de reforma.

Nesse sentido, o objetivo do presente artigo é caracterizar as principais propostas de mudança no conteúdo e na forma de organização das práticas de saúde que vêm sendo elaboradas nos últimos anos, tentando evidenciar suas diferenças e possíveis confluências, tendo em vista a transformação do “modelo de atenção à saúde” em suas várias dimensões, política, tecnológica e organizacional. Em seguida, procuramos discutir as possibilidades e os limites que se colocam no momento atual para o desenvolvimento desse processo, levando em conta as tendências e opções do governo

federal em relação à política de saúde e as principais estratégias dirigidas à reorganização da atenção à saúde no SUS.

MUDANÇA DO “MODELO DE ATENÇÃO” E TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE: ELEMENTOS CONCEITUAIS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

Em um texto produzido para um Seminário sobre *Saúde e Desigualdade: instituições e políticas públicas*

PROCURAMOS DISCUTIR AS POSSIBILIDADES E OS LIMITES QUE SE COLOCAM NO MOMENTO ATUAL PARA O DESENVOLVIMENTO DESSE PROCESSO, LEVANDO EM CONTA AS TENDÊNCIAS E OPÇÕES DO GOVERNO FEDERAL EM RELAÇÃO À POLÍTICA DE SAÚDE E AS PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS DIRIGIDAS À REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

cas no século XXI, realizado na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em novembro de 2001, tratamos de sistematizar alguns elementos conceituais que podem fundamentar o debate sobre ‘modelo de atenção à saúde’, buscando explicitar, de um lado, a definição de ‘modelo assistencial’ que toma como referencial a teoria do processo de trabalho em saúde, e do outro, a compreensão que se pode ter de ‘mode-

lo de atenção’ em uma perspectiva sistêmica. Como exemplo da primeira abordagem, resgatei a definição de modelo assistencial elaborada por Paim (1993; 1998; 1999) e tratei de descrever possíveis dimensões do ‘modelo de atenção’ entendido como um dos componentes de um sistema de serviços de saúde. Reproduzimos, a seguir, o trecho correspondente a essa sistematização tal como foi publicado na coletânea de artigos sobre o assunto, organizada por nós em 2002 (TEIXEIRA, 2002. p. 110-113), considerando que essa dupla perspectiva ajudará, mais adiante, a compreender as semelhanças e diferenças, e os alcances e limites de cada uma das propostas alternativas que vêm sendo colocadas em debate no momento atual.

‘Modelos assistenciais’, segundo Paim (1993; 1998; 1999) podem ser entendidos como ‘combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas, não sendo, portanto, simplesmente uma forma de organização dos serviços de saúde nem tampouco um modo de administrar (gerir ou gerenciar) um sistema de saúde’. Nessa perspectiva, os modelos de atenção à saúde são “formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo

de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

Além dessa concepção, fundamentada nos estudos sobre práticas de saúde, especialmente na identificação dos elementos estruturais do processo de trabalho em saúde, pode-se admitir uma concepção 'ampliada', sistêmica, sobre 'modelo de atenção', que inclui três dimensões: uma dimensão 'gerencial', relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços, uma dimensão 'organizativa', que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, geralmente levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado, e a dimensão propriamente 'técnico-assistencial', ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas mediadas pelo saber e pela tecnologia, que operam no processo de trabalho em saúde, em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e recuperação e reabilitação) (TEIXEIRA, 2002).

Nessa perspectiva 'ampliada', para que se concretize uma transformação do modelo de atenção é imprescindível, a conjunção de propostas e estratégias 'sinérgicas', nas três dimensões. Mudanças parciais,

entretanto, podem acontecer em cada uma das dimensões assinaladas, constituindo processos que facilitarão transformações mais amplas. Assim, propostas de mudança no processo político-gerencial, com a introdução, por exemplo, de tecnologias de gestão que proporcionem a identificação de problemas e de necessidades de saúde em uma perspectiva social e epidemiologicamente orientada, podem favorecer a ocorrência de mudanças nas práti-

PROPOSTAS DE MUDANÇA NO
PROCESSO POLÍTICO-GERENCIAL, COM A
INTRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS DE GESTÃO,
PODEM FAVORECER A OCORRÊNCIA DE
MUDANÇAS NAS PRÁTICAS DE SAÚDE
PROPRIAMENTE DITAS

cas de saúde propriamente ditas, por induzir ao privilegiamento de ações voltadas à intervenção sobre os determinantes dos problemas e não apenas aos seus efeitos (TEIXEIRA, 2001). Na mesma linha, a introdução de mecanismos de controle e avaliação do processo de prestação de serviços, principalmente sobre a rede privada contratada e conveniada com o sistema público, é de fundamental importância para o estabelecimento de uma adequação entre a

oferta e as necessidades e problemas de saúde da população, contribuindo para a correção dos efeitos mais perversos da lógica de mercado no setor (SOLLA *et al.*, 2000).

Do mesmo modo, a introdução de mudanças na dimensão organizativa, quer seja pela modificação nas proporções entre os diversos níveis de organização da produção dos serviços, quer seja pelo estabelecimento de relações hierárquicas entre unidades de produção de serviços nos níveis de complexidade (referência e contra-referência) tecnológica, ainda que sejam fundamentalmente estratégias de racionalização de custos, podem contribuir para a indução de práticas mais adequadas aos problemas e necessidades de saúde. Nessa perspectiva, colocam-se, por exemplo, as propostas de ampliação da 'rede básica' de serviços de saúde, cuja expansão, em última instância, pode alterar a proporção estabelecida entre 'cuidados primários', 'secundários e terciários', ou usando a terminologia da NOAS, entre a 'rede básica' e a 'atenção de média e alta complexidade'. Na mesma linha, as propostas dirigidas ao estabelecimento de um pacto de responsabilidades entre vários municípios, que podem vir a compor, em conjunto, uma 'microrregião de saúde', implicam, em última análise, a criação de possibilidades de acesso a uma gama variada de ações e serviços que, de outro modo, não poderiam ser garantidos à população, principalmente aquela que habita os

municípios menores, onde se constata mais insuficiências de infra-estrutura do sistema.

Tudo isso é necessário, porém não suficiente para a transformação propriamente dita do modelo de atenção. Esta exige a implementação de mudanças no processo de trabalho em saúde, tanto no que se refere a seus propósitos ou finalidades, quanto, nos seus elementos estruturais, isto é, no objeto de trabalho, nos meios de trabalho, no perfil dos sujeitos e principalmente, nas relações estabelecidas entre eles e a população usuária dos serviços.

Do ponto de vista das 'finalidades' ou propósitos da atenção à saúde, trata-se de superar o modelo centrado na atenção à 'demanda espontânea', de atendimento a doentes, para incluir ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde, para além dos muros das unidades de saúde, isto é, nos territórios onde vive e trabalha a população da área de abrangência dos serviços, sejam estes delimitados enquanto 'área de abrangência' de unidades de saúde, seja, como prevê a NOAS,² o espaço compreendido em um 'módulo assistencial' e, principalmente, o espaço circunscrito de uma microrregião de saúde.

A ênfase do processo de prestação de serviços se desloca do eixo 'recuperar a saúde de indivíduos

doentes', para 'prevenir riscos e agravos' e 'promover a saúde das pessoas e dos grupos populacionais' o que implica tomar como 'objeto' os problemas de saúde e seus determinantes, organizando-se a atenção de modo a incluir não apenas as ações e serviços que incidem sobre os 'efeitos' dos problemas (doença, incapacidade e morte), mas, sobretudo, as ações e serviços que incidem sobre as 'causas' (condições de vida, trabalho e la-

A REDEFINIÇÃO DO OBJETO DE TRABALHO EXIGE
A UTILIZAÇÃO DE SABERES E TECNOLOGIAS
CONSENTÂNEAS COM A AMPLIAÇÃO E
DIVERSIFICAÇÃO DO LEQUE DE AÇÕES E
SERVIÇOS, O QUE, POR SUA VEZ, SE REFLETE
NA NECESSIDADE DE MUDANÇA NO PERFIL DOS
'SUJEITOS' DO PROCESSO DE TRABALHO

zer), ou seja, no modo de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais (PAIM, 1994; TEIXEIRA, 1998).

A redefinição do objeto de trabalho exige a utilização de saberes e tecnologias consentâneas com a ampliação e diversificação do leque de ações e serviços, o que, por sua vez, se reflete na necessidade de mudança no perfil dos 'sujeitos' do

processo de trabalho, tanto no plano individual, de cada profissional e trabalhador de saúde, quanto, principalmente, no perfil do 'sujeito coletivo'. Entenda-se por 'sujeito coletivo' não apenas a equipe multiprofissional responsável pelas ações de saúde em cada território específico, como se coloca no âmbito da estratégia de Saúde da Família, em que pesem seus limites (CAMPOS, 2001; PAIM, 2001), senão que a população organizada em torno da promoção da saúde e da melhoria da qualidade de vida, em um processo de 'empoderamento' político e cultural.

A introdução de mudanças nas finalidades, no objeto e no sujeito do processo de trabalho em saúde incidem, em seu conjunto, sobre as 'relações' estabelecidas entre os sujeitos e os saberes e tecnologias que utilizam para a apreensão do(s) objeto(s), entre os sujeitos, profissionais e trabalhadores de saúde, e a população usuária do sistema de serviços. Cabe ressaltar que estas relações sociais têm uma dimensão 'técnica', mas também uma dimensão 'ética, política e cultural', que circunscreve a primeira, embora na maioria das vezes sua relevância escape à percepção dos sujeitos envolvidos, até pela hipervalorização da dimensão tecnológica nas práticas de saúde no mundo contemporâneo.

² Norma Operacional de Assistência da Saúde, que prevê a implementação de um processo de regionalização dos serviços, que contempla a constituição de "módulos assistenciais" e "microrregiões de saúde" (BRASIL, 2002).

Como se pode perceber pelo aqui exposto, o processo de mudança do modelo de atenção à saúde é extremamente complexo, exigindo um conjunto heterogêneo de iniciativas 'macro'-sistêmicas, quais sejam, a formulação e implementação de políticas que criem condições para as mudanças ao nível 'micro'. Ou seja, pensamos que é preciso conjugar mudanças nas 'regras básicas' do sistema, com o desencadeamento de processos político-gerenciais que criem condições favoráveis para a introdução de inovações nas dimensões gerenciais, organizativas e técnico-assistenciais propriamente ditas, isto é, no âmbito das práticas de saúde, tanto em termos de mudança no 'conteúdo' das práticas de modo a direcioná-las para a solução dos problemas e atendimento das necessidades e demandas da população, quanto na 'forma de organização do processo de trabalho nas unidades' de prestação de serviços nos diversos níveis de complexidade (básica, média e alta, para usar a terminologia corrente no SUS) e também na 'forma de organização das unidades em redes assistenciais' que contemplem princípios de economia de escala na distribuição territorial dos recursos e, ao mesmo tempo, busquem o ajuste possível entre o perfil de oferta de ações e

serviços e as necessidades e demandas da população.

PROPOSTAS DE MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO: DIFERENÇAS E CONFLUÊNCIAS

Uma primeira observação a ser feita em relação ao conjunto de propostas de mudança no modelo de atenção à saúde que vêm sendo implementadas e analisadas no âmbito do SUS⁵ é que nenhuma delas dá conta, sozinha, de todos os aspectos

O PROCESSO DE MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE É EXTREMAMENTE COMPLEXO, EXIGINDO UM CONJUNTO HETEROGÊNEO DE INICIATIVAS 'MACRO'-SISTÊMICAS, QUAIS SEJAM, A FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS QUE CRIEM CONDIÇÕES PARA AS MUDANÇAS AO NÍVEL 'MICRO'

envolvidos no processo de mudança das práticas de saúde, pois cada uma delas enfoca aspectos parciais desse processo, ou seja, o desenho do sistema ao nível macro-organizacional, ou a mudança do processo de trabalho em saúde, no nível das 'micro-práticas', tanto em termos de conteúdo quanto em ter-

mos de forma de organização das relações entre os agentes das práticas e destes com os usuários.

Uma análise mais detalhada das diferenças e eventuais confluências ou divergências entre as propostas sugere como determinantes das diferenças seu contexto de origem, os fundamentos filosóficos e teóricos que embasam cada uma delas, o conteúdo mesmo das propostas apresentadas e o grau de permeabilidade, de diálogo, entre elas na prática, isto é, a possibilidade de conjugação e articulação das propostas em situações concretas no âmbito do SUS, principalmente ao nível local (microrregional, municipal e/ou distrital). Para tornar claras essas diferenças e analisar suas possíveis confluências, trataremos de descrever sucintamente cada uma das propostas, seguindo uma lógica de exposição, que inicia com as que privilegiam o nível 'micro' dos processos de trabalho em saúde, como é o caso do 'modelo em defesa da vida' e as 'ações programáticas', avançando paulatinamente para as propostas que buscam dar conta de mudanças em nível 'macro', de formulação e implementação de políticas, que extrapolam, inclusive, os limites do sistema de serviços de saúde, como é o caso da Promoção da Saúde e a proposta de Cidades

⁵ Não estamos tratando aqui de outras propostas de mudança na organização e gestão da produção de serviços que vêm sendo difundidas no âmbito do sistema privado de prestação de serviços, especialmente o *managed care* ou a 'medicina baseada em evidências', ainda que, em algum momento, essas propostas possam repercutir no debate que vem sendo travado no sistema público.

Saudáveis. Entre estas, situamos as propostas da Vigilância da Saúde e o Saúde da Família, que enfatizam aspectos técnicos e organizacionais do conjunto das práticas de saúde, tendo como referência a noção de integralidade da atenção.

CONSTRUINDO UM MODELO "EM DEFESA DA VIDA": ACOLHIMENTO, VÍNCULO, CONTRATO

O conjunto de propostas que constituem o chamado 'modelo técnico-assistencial em defesa da vida' tem sua origem nos estudos e reflexões sobre a prática de gestão e consultorias institucionais desenvolvidas por docentes e pesquisadores do LAPA-UNICAMP ao longo, principalmente, da década de 1990. Uma leitura crítica de alguns dos textos que sistematizam as propostas dessa corrente (CAMPOS, 1994; 1996; MERHY, 1994; 1997; CECILIO, 1994) ainda que preliminar, revela que, guardadas as diferenças entre os principais autores, o fundamento filosófico e conceitual comum foi construído a partir da apropriação crítica de contribuições teóricas provindas do marxismo, do existencialismo, da psicanálise e da análise institucional, sendo centrais nessa corrente de pensamento as idéias de autores contemporâneos pós-estruturalistas, como Felix Guattari e Cornelius Castoriadis.

O objeto central da análise empreendida por esses autores é o processo de trabalho em saúde e seu propósi-

to, intelectual e político, indicando o desejo de criar metodologias e instrumentos de gestão e organização do trabalho coletivo que desencadeiem uma 'revolução molecular' no âmbito das instituições de saúde e resulte no estabelecimento de novas relações entre gestores, trabalhadores e usuários, mediadas pela busca de autonomia e reconstrução de subjetividades. Com isso, estamos diante de uma perspectiva de transformação radical das pessoas e das práticas, que bus-

A ORGANIZAÇÃO DE PRÁTICAS DE 'ACOLHIMENTO' À CLIENTELA DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE, E O ESTABELECIMENTO DE VÍNCULOS ENTRE PROFISSIONAIS E CLIENTELA, IMPLICA MUDANÇAS NA 'PORTA DE ENTRADA' DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS COM INTRODUÇÃO DE MUDANÇAS

ca criar processos 'instituintes', subvertendo modelos 'instituídos', entre os quais, não só os modelos de organização social da prática médica e sanitária hegemônica, senão também as propostas alternativas fundadas nas idéias de descentralização, regionalização e hierarquização de unidades de prestação de serviços, tornadas supérfluas pelo estabelecimento de processos que privilegiam o 'acolhimento', os 'vínculos', o 'contrato' e a 'autonomia' dos sujeitos – traba-

lhadores e usuários – na organização do 'cuidado progressivo à saúde'.

Na prática, a incorporação dessas propostas tem gerado experiências bem interessantes, que trazem à tona a problematização da chamada '(des)humanização' do atendimento, em função da tecnificação do cuidado à saúde e também permitem o enfrentamento de questões derivadas do processo de medicalização a que a população vem sendo exposta nos últimos 40 anos. Ou seja, problematiza a visão que a população usuária tem do sistema de saúde e da prática médica, tendendo a valorizar a especialização, a sofisticação tecnológica, o consumo de medicamentos e, até por associação, a prática privada.

Desse modo, a organização de práticas de 'acolhimento' à clientela dos serviços públicos de saúde, e o estabelecimento de vínculos entre profissionais e clientela, implica mudanças na 'porta de entrada' da população aos serviços com introdução de mudanças na recepção ao usuário, no agendamento das consultas e na programação da prestação de serviços, de modo a incluir atividades derivadas na 'releitura' das necessidades sociais de saúde da população (MERHY, 1994). Além de contribuir para a humanização e melhoria da qualidade da atenção, é uma estratégia de reorientação da atenção à demanda espontânea que pode ter efeitos significativos na racionalização dos recursos, no perfil ocupacional dos profis-

sionais e nas relações destes com os usuários e até no estabelecimento de processos de mudança nas concepções da população acerca das suas necessidades de saúde e do lugar ocupado pelo consumo de serviços de saúde na melhoria do seu bem-estar (CECILIO, 1994; MERHY, 1997).

O 'ponto cego', isto é, a lacuna principal desse 'modelo', a nosso ver, é a ausência de propostas em relação ao desenho macroorganizacional do sistema, coisa aliás que extrapola o universo teórico-conceitual e a perspectiva político-filosófica dos autores. Talvez nem se possa considerar isto como sendo uma lacuna, na medida que os proponentes desse 'modelo' não colocam esse ponto como necessário em seu referencial, pelo contrário, ao trabalharem no plano dos 'micropoderes', estes autores descartam a necessidade de se definir uma 'imagem-objetivo' do sistema de saúde, políticas e diretrizes, regras e normas gerais, sob responsabilidade do Estado, fazendo-nos crer que as que existem devem ser, inclusive, subvertidas, tendo em vista que o que se pretende é revolucionar o cotidiano dos serviços de saúde e transformar as pessoas.

REDEFININDO O MODO DE ORGANIZAÇÃO TECNOLÓGICA DO TRABALHO EM SAÚDE: AÇÕES PROGRAMÁTICAS E UMA NOVA ÉTICA DO CUIDADO

As propostas do grupo de docentes e pesquisadores, organizado em

torno do Centro de Saúde Escola Samuel Pessoa, sob responsabilidade do Departamento de Medicina Preventiva (DMP) da Universidade de São Paulo (USP), têm sido identificadas, em vários textos, sob o rótulo de 'ações programáticas em saúde', na medida em que tomam como ponto de partida, uma reflexão sobre a programação enquanto uma tecnologia que pode ser utilizada para a reorganização do processo de trabalho. Tendo como ponto de partida uma reflexão

O 'PONTO CEGO', ISTO É, A LACUNA PRINCIPAL DESSE 'MODELO', A NOSSO VER, É A AUSÊNCIA DE PROPOSTAS EM RELAÇÃO AO DESENHO MACROORGANIZACIONAL DO SISTEMA, COISA ALIÁS QUE EXTRAPOLA O UNIVERSO TEÓRICO-CONCEITUAL E A PERSPECTIVA POLÍTICO-FILOSÓFICA DOS AUTORES

sobre o processo de trabalho em saúde com forte viés do marxismo estruturalista (MENDES-GONÇALVES, 1979), essa corrente avançou para a incorporação do enfoque epidemiológico, em uma perspectiva crítica (AYRES, 1995) e chegou, mais recentemente, a problematizar a dimensão ética do cuidado à saúde a partir de filósofos da modernidade como Heidegger, Habermas e Ricoeur (AYRES, 2001).

Do ponto de vista prático, esta corrente de pensamento propõe a

delimitação dos objetos de intervenção no âmbito dos serviços como sendo as 'necessidades sociais de saúde' definidas e função de critérios demográficos, socioeconômicos e culturais, o que promove o estabelecimento de recortes populacionais sobre os quais incidem as ações programáticas (MENDES-GONÇALVES, 1990; SCHRAIBER, 1990; 1993; 1995; 1996). Como apontei em outro trabalho (TEIXEIRA, 2000), essa proposta constitui uma alternativa à implementação dos chamados 'programas especiais' definidos centralmente como 'pacotes tecnológicos' a serem incorporados aos serviços. As ações previstas nos programas verticais derivam do conhecimento científico-técnico disponível para intervenção sobre os problemas, constituindo normas técnicas a serem seguidas universalmente. Estes programas têm sido implantados como 'programas verticais', normativos, sem que o processo de operacionalização (ou não) leve em conta as características específicas das populações dos distintos territórios e as condições concretas de vida, que condicionam o modo de expressão dos problemas de saúde e doença. A experiência desenvolvida pelo grupo da USP, entretanto, aponta possibilidades de redefinição das práticas, tanto em termos do conteúdo das ações quanto na mudança das relações de trabalho e nas relações dos trabalhadores de saúde e os usuários, resgatando, inclusive, a

problematização da dimensão ético-pedagógica do cuidado à saúde.

A incorporação das idéias e propostas desse grupo à prática gerencial no âmbito do SUS tem sido uma fonte de inspiração para o aperfeiçoamento tecnológico e organizacional de processos de programação que tem como horizonte a busca de superação do viés economicista da Programação Pactuada Integrada (PPI) e a institucionalização da programação como um espaço de construção coletiva do projeto de trabalho das equipes de saúde. Cabe lembrar que a PPI tem sido basicamente um instrumento de racionalização da oferta de serviços pelas unidades de saúde, não problematizando o conteúdo das práticas que são realizadas nem a sua adequação às necessidades e aos problemas de saúde da população dos municípios. O diálogo com as propostas das 'ações programáticas', entretanto, pode ser extremamente fértil na perspectiva de estimular os profissionais e trabalhadores de saúde a buscarem aperfeiçoar continuamente suas práticas à luz do desenvolvimento científico e tecnológico disponível, bem como pode evidenciar a possibilidade de se experimentar formas alternativas de organização do cuidado mais consentâneas com as características socioculturais dos usuários dos serviços.

Comparando a contribuição dessa corrente com a anterior, podemos perceber que têm em comum o foco

na reorientação do processo de trabalho em saúde, sendo que o 'modelo em defesa da vida' privilegia os processos intersubjetivos de natureza psicológica e política, trabalhando as vinculações entre 'desejo' e 'vontade', no estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários, enquanto que a corrente das 'ações programáticas', enfatiza o aperfeiçoamento das práticas pela incorporação crítica dos saberes, dos conhecimentos e das tecnologi-

APESAR DA ÊNFASE NA
UTILIZAÇÃO DO ENFOQUE
EPIDEMIOLÓGICO, PARECE QUE
A EPIDEMIOLOGIA INGRESSA NA
PRÁTICA DOS SERVIÇOS PARA
'ILUMINAR' A CLÍNICA

as disponíveis para a delimitação de objetos de intervenção referidos às necessidades de grupos populacionais específicos – mulheres, adolescentes, idosos, etc. ou problemas específicos que se apresentam na prática clínica, relançando-os no espaço social mais amplo das determinações sociais e políticas.

Em ambas as correntes de pensamento permanece a lacuna relativa ao desenho macroorganizacional do sistema de serviços de saúde, no

caso específico da contribuição do grupo da USP, também por não se constituir em objeto de eleição para a pesquisa e a elaboração de propostas. Chama a atenção também, que apesar de tomar como espaço de intervenção as unidades de saúde, no caso, uma unidade básica, o grupo da USP não tematiza necessariamente o território e, conseqüentemente, não trabalha com a idéia de ações territoriais de prevenção de riscos e agravos. Quer dizer, apesar da ênfase na utilização do enfoque epidemiológico, parece que a Epidemiologia ingressa na prática dos serviços para 'iluminar' a clínica, ainda que seu conteúdo remeta à problematização dos determinantes sociais do processo saúde-doença nos grupos populacionais específicos sobre os quais e com os quais se organiza o cuidado.

ARTICULANDO O CONJUNTO DE OBJETOS E
ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO
DAS PRÁTICAS: VIGILÂNCIA DA SAÚDE E A
BUSCA DE INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO

A proposta conhecida como Vigilância da Saúde tem suas origens nas experiências desenvolvidas no âmbito de Distritos Sanitários implantados no final dos anos 1980 e início dos anos 1990, por iniciativa de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, contando com o apoio da Organização Pan-americana de Saúde e da Cooperação Italiana em Saúde. A base con-

ceitual originária dos DS (SILOS), resultava de uma atualização da proposta de regionalização dos serviços de saúde elaborada por Dawson, nos anos 1920, na Inglaterra, matriz da macroorganização do NHS e também do sistema de saúde italiano, ambos fontes inspiradoras de propostas elaboradas pela vertente 'político-institucional' do movimento pela RSB, representada, de certa forma, pela presença de Hésio Cordeiro na presidência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) no período SUDS.

Além do enfoque sistêmico, que fundamentava a noção de SILOS, a implantação dos DS no contexto brasileiro absorveu rapidamente as propostas do planejamento estratégico-situacional, do Carlos Matus (1993), e também se alimentou da reflexão que vinha sendo desenvolvida por epidemiologistas, como Pedro Luis Castellanos (1991;1997), acerca da análise de situações de saúde. Além disso, incorporou, no mesmo movimento, as contribuições da 'nova geografia' do Milton Santos como referencial para a delimitação dos 'territórios' (no plural) circunscritos pelo DS, quais sejam, os territórios administrativo, sanitário e epidemiológico, não necessariamente coincidentes e sim recortados e superpostos como um mosaico que permite a identificação de 'problemas e necessidades de saúde' e das possibilidades de oferta de serviços e

de intervenções sobre condições de vida da população.

A noção de Vigilância da Saúde (VISAU) surgiu, nesse contexto, como forma específica de denominação da proposta de integração das 'práticas de saúde' no território do DS, a partir de uma releitura crítica e atualização histórico-concreta, do diagrama proposto originalmente por Leavell e Clarck, a propósito dos 'níveis de prevenção' que atravessam a História Natural das Doen-

A INCORPORAÇÃO DA NOÇÃO DE
'PROBLEMAS DE SAÚDE' NO PROCESSO
DE PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DAS
AÇÕES, PERMITE A VALORIZAÇÃO DE UMA
VISÃO POLICÊNTRICA E DEMOCRÁTICA NA
DEFINIÇÃO DOS OBJETOS DE INTERVENÇÃO

ças (HND) (LEAVELL; CLARCK, 1987; AROUCA, 1975; PAIM, 1994; TEIXEIRA, 2000). A partir dessa concepção renovada do modelo da HND, a VISAU incorpora, para além do esquema abstrato que organiza os diversos níveis de prevenção, a análise concreta das práticas de saúde tal como se apresentam ou podem vir a se apresentar em uma situação específica como a brasileira. Prevê, assim, a possibilidade de formulação e implementação de 'polí-

ticas públicas saudáveis', conjunto de ações governamentais (inter-setoriais) e não-governamentais voltadas para a melhoria das condições de vida das populações, e a reorganização das ações sob responsabilidade direta do sistema de serviços de saúde, sejam as ações de 'vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica', dirigidas ao controle de riscos e danos, sejam as práticas de 'assistência e reabilitação' dirigidas ao atendimento de necessidades e demandas de indivíduos e grupos populacionais.

A operacionalização da proposta de VISAU implica, pelo exposto, a valorização dos princípios de regionalização e hierarquização dos serviços, aplicados simultaneamente à delimitação de diversas 'áreas' (de abrangência/influência dos serviços, de acordo com sua capacidade operacional) e, além disso, a incorporação da idéia de 'mapas de risco' que fundamenta a delimitação de 'microáreas' (definidas em função do mosaico epidemiológico e das condições e modos de vida da população). A incorporação da noção de 'problemas de saúde' no processo de planejamento e programação das ações, por sua vez, permite a valorização de uma visão policêntrica e democrática na definição dos objetos de intervenção, sem se perder de vista, porém, a racionalidade técnica que orienta a identificação de necessidades sociais de saúde e a problematização da demanda aos

serviços para além da perspectiva clínica predominante entre os profissionais de saúde.

Como se pode perceber, a proposta de VISAU pretende dar conta do princípio da integralidade, pensado tanto em uma perspectiva 'vertical', de organização dos serviços segundo níveis de complexidade tecnológica, quanto 'horizontal', no que diz respeito à articulação entre ações de promoção da saúde, prevenção de riscos, assistência e recuperação. Na prática, todavia, essas propostas tendem a ser flexibilizadas, de modo a se superar a idéia de uma estrutura 'piramidal' de serviços, através da constituição de redes articuladas em função do atendimento de problemas e necessidades prioritárias, bem como permite uma plasticidade na composição do perfil de oferta de ações promocionais, preventivas e assistenciais, novamente tendo em vista a adequação dos serviços aos problemas e às necessidades da população.

Talvez até por seu caráter abrangente, a Vigilância da Saúde não avança com propostas específicas de mudança na organização do processo de trabalho e saúde, tendo estabelecido, inclusive, um diálogo com a corrente das 'ações programáticas', dada a confluência de muitos dos seus pressupostos teóricos e políticos. Por outro lado, também tem se aproximado do debate sobre Promoção da Saúde, visando ampliar o escopo da reflexão sobre po-

líticas e estratégia de ação intersectorial voltadas para a melhoria das condições de vida. Simultaneamente, esta noção passou a ser usada como referência no âmbito da 'estratégia de Saúde da Família', introduzida por consultores do PACS e do PSF que buscavam um termo suficientemente abrangente que desse conta da busca de integralidade perseguida pela coordenação nacional e por algumas coordenações estaduais e municipais desses Programas.

AS ORIGENS DA PROPOSTA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA
REMONTAM AO SURGIMENTO
E DIFUSÃO DO MOVIMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR

"REVERTENDO" O MODELO DE ATENÇÃO
ATRAVÉS DA EXPANSÃO E DA QUALIFICAÇÃO
DA ATENÇÃO BÁSICA: A SAÚDE DA FAMÍLIA
E A REGIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO

As origens da proposta de Saúde da Família remontam ao surgimento e difusão do movimento de Medicina Familiar (PAIM, 2003a) estruturado em meados dos anos 1960, nos EUA, com a finalidade de introduzir reformas no processo de ensino médico. Difundido em vários países da

América Latina nas décadas seguintes, este movimento se deslocou progressivamente das instituições de ensino para os serviços, inclusive no Brasil, onde emergiu enquanto proposta de formação pós-graduada em 'Medicina Geral e Comunitária', vindo posteriormente a ser absorvido como fundamentação da política de organização da Atenção Primária à Saúde. A trajetória institucional dessa proposta ilustra claramente um processo de 'refuncionalização' de suas concepções e práticas, na medida em que, partindo de uma concepção voltada para a reorganização da prática médica, clínica, a partir da ampliação do objeto de trabalho (dos indivíduos à família), estas propostas foram paulatinamente associadas aos princípios da Medicina Comunitária e incorporaram princípios e diretrizes que vão além da clínica, especialmente a contribuição da epidemiologia e da administração e do planejamento em saúde. De fato, uma análise da concepção brasileira do Saúde da Família evidencia a articulação de noções e conceitos provindos de distintas disciplinas do campo da Saúde Pública e Coletiva, que se traduzem em princípios e diretrizes operacionais que buscam conformar um modelo de atenção pautado pela organização sistêmica dos serviços (complementariedade e hierarquização), pelo caráter multiprofissional das equipes de trabalho, pela utilização da informação epide-

miológica para o planejamento e a programação das ações de saúde e pela busca de integralidade das práticas (promoção, proteção e recuperação) ainda que no âmbito da Atenção Primária, ou como se convencionou denominar no SUS, da Atenção Básica (BRASIL, 1998; 2000).

O mais interessante e, sem dúvida, mais relevante politicamente, é que o Saúde da Família, formulado enquanto um programa 'vertical' a ser implantado nas regiões Norte e Nordeste do país, onde se colocava a necessidade de interromper ou redefinir o ritmo de expansão da epidemia de cólera no início dos anos 1990, foi reapropriada e redefinida, por um conjunto heterogêneo de atores políticos, em nível estadual e posteriormente federal, que viram no PACS e em seu sucedâneo, o PSF, uma oportunidade histórica de promover a mudança do modelo de atenção à saúde em larga escala. Com isso, a partir de 1994, e principalmente no período 1998-2002, o Saúde da Família deixou de ser um Programa que operacionalizava uma política de focalização da atenção básica em populações excluídas do consumo de serviços, para ser considerada uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, na verdade, o instrumento de uma política de universalização da cobertura da atenção básica e, portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível. Mais que isso,

o Saúde da Família vem sendo concebido como parte de uma estratégia maior de mudança do modelo de atenção, na medida em que se conjugue com mudanças na organização da atenção de média e alta complexidade induzidas por políticas de regulação e controle.

A pertinência dessa estratégia para a extensão de cobertura da atenção básica vem sendo evidenciada pela enorme expansão do número de equipes do PSF implantadas em todo

O SAÚDE DA FAMÍLIA DEIXOU DE SER UM PROGRAMA QUE OPERACIONALIZAVA UMA POLÍTICA DE FOCALIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM POPULAÇÕES EXCLUÍDAS DO CONSUMO DE SERVIÇOS, PARA SER CONSIDERADA UMA ESTRATÉGIA DE MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

o país (aproximadamente 20 mil), ainda que não se possa afirmar que, no conjunto, as ações e serviços produzidos signifiquem de fato, a mudança de conteúdo das práticas e da forma de organização do processo de trabalho prevista nos documentos oficiais. Nesse sentido, ainda que o Saúde da Família tenha como 'imagem-objetivo' a integralidade das ações, o que tem gerado, inclusive, um diálogo e 'interfertilização' com as propostas da Vigilância da Saú-

de (CAMPOS, 2003) ainda há um longo caminho a percorrer para se alcançar, na prática das equipes, uma lógica de adequação permanente das práticas às necessidades e problemas de saúde da população, tendo como referência a possibilidade de conjugar ações voltadas com controle de determinantes, riscos e danos (promoção, prevenção e assistência).

Do mesmo modo, a pertinência dessa estratégia enquanto indutora de mudanças na organização do sistema de serviços de saúde como um todo, vem sendo testada e comprovada em diversas experiências municipais, cuja institucionalização, evidentemente, depende da existência ou criação de condições de permanência e reprodução do modelo, o que extrapola, às vezes, a capacidade dos governos municipais. Daí se colocar a necessidade de articulação do processo de implementação do Saúde da Família com a Regionalização da Assistência, desencadeada no período 2001-2002 através do debate e implantação da NOAS. De fato, a possibilidade de se avançar na 'microrregionalização cooperativa', forma de superação da chamada 'municipalização autárquica' (MENDES, 2001), que marcou o processo de descentralização da gestão do SUS nos últimos dez anos, além de servir como um 'choque de realidade', diante dos enormes vazios sanitários que se observa em vastos territórios de diversos estados do país, traz embutida uma preocupa-

ção com economia de escala na implantação de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como de serviços de atenção hospitalar em áreas prioritárias, sabidamente o 'ralo' por onde escoam montante significativo dos recursos financeiros do SUS.

Pelo exposto, percebem-se os avanços, mas também as lacunas da proposta de Saúde da Família, as quais, na prática concreta dos serviços, podem vir a ser superadas pelo diálogo e pela incorporação crítica de outras propostas que contemplam a redefinição do conteúdo das ações, como, por exemplo, a Vigilância da Saúde, orientando a ampliação dos objetos de intervenção nos territórios a partir da descentralização das 'vigilâncias' – ambiental, sanitária e epidemiológica, e, mais que isso, a incorporação das idéias e propostas do movimento em torno da Promoção da Saúde, que extrapola as ações de 'educação e mobilização popular' e incorporam o desencadeamento de ações intersetoriais nos territórios de abrangência das ações das equipes. Do ponto de vista da vinculação sistêmica com outros níveis de atenção, a articulação com a proposta de microrregionalização da assistência pode contribuir para superar uma limitação de origem, isto é, o fato da Saúde da Família estar voltado fundamentalmente para a reorganização da atenção básica. Além disso, o processo de expansão da Saúde da Família para

grandes municípios tem evidenciado novas lacunas e desafios para o aperfeiçoamento dessa estratégia, os quais abordaremos no último item desse trabalho.

REORIENTANDO A POLÍTICA DE SAÚDE COM BASE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE: DAS POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS À RECRIAÇÃO DO ESPAÇO PÚBLICO NAS CIDADES

A concepção atualmente difundida de Promoção da Saúde surge e

PERCEBEM-SE OS AVANÇOS, MAS TAMBÉM AS LACUNAS DA PROPOSTA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, AS QUAIS, NA PRÁTICA CONCRETA DOS SERVIÇOS, PODEM VIR A SER SUPERADAS PELO DIÁLOGO E PELA INCORPORAÇÃO CRÍTICA DE OUTRAS PROPOSTAS QUE CONTEMPLAM A REDEFINIÇÃO DO CONTEÚDO DAS AÇÕES

se desenvolve, como assinala Buss (2003), nos últimos 20 anos, no Canadá, Estados Unidos e países da Europa ocidental, sendo um marco importante a Conferência de Ottawa (1986), na qual se apresentou a Promoção da Saúde como um 'enfoque' político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado. De fato, a proposta atual de Promoção da Saúde dá novo significado ao termo cunhado por Sigerist (1946) para designar uma das funções da medi-

cina, ultrapassando em muito a idéia embutida no 'nível de prevenção primária' definido por Leavell e Clark (1987), estando associado a um conjunto de valores (vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento sustentável, participação e parceria referindo-se a uma "combinação de estratégias que envolvem a ação do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias inter-institucionais, trabalhando com a propostas de "responsabilização múltiplas, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos" (Buss, 2003. p. 16).

Do ponto de vista conceitual, a Promoção da Saúde tem aberto espaço à reflexão sobre o conceito de saúde (ALMEIDA FILHO; ANDRADE, 2003), e a problematização das diferenças e semelhanças entre as estratégias de prevenção e promoção (CZERESNIA, 2003), estimulando epidemiólogos e cientistas sociais que atuam no campo da Saúde Pública/Coletiva, a aprofundarem a discussão em torno do conceito de risco (CAPONI, 2003), vulnerabilidade (Ayres *et al.*, 2003) e suas implicações para as práticas de saúde no mundo contemporâneo (CASTIEL, 2003), o que tem como um dos desdobramentos a atualização da reflexão sobre a proposta de Vigilância da Saúde (FREITAS, 2003; PAIM, 2003b).

A difusão das idéias que constituem o corpo doutrinário da Promoção da Saúde tem gerado a incorporação de muitas de suas propostas no processo de formulação de políticas e programas de saúde, como é o caso do Programa de Controle do Tabagismo e do Programa de Controle da Aids, ao lado de diversas iniciativas em torno da definição de estratégias para a Promoção da Paz e do controle da Violência, em várias cidades brasileiras (TEIXEIRA; PAIM, 2000) e da formulação de políticas públicas saudáveis que levem em conta a possibilidade de articulação de ações intersetoriais voltadas para a melhoria da qualidade de vida de grupos populacionais expostos a riscos diferenciados (VIANA, 1998; JUNQUEIRA, 2000).

Uma das formas de difusão e incorporação das propostas do movimento da Promoção da Saúde no Brasil tem sido a criação de “cidades saudáveis”, iniciativa fomentada pela Organização Mundial da Saúde e incorporada por várias administrações municipais nos últimos anos (Campinas, Curitiba, Fortaleza, e outras) (AKERMAN, 1997; JUNQUEIRA, 1997; 1998; RIBEIRO, 1997). A noção de “cidades saudáveis” implica uma visão ampliada da gestão governamental, que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações ‘comunitárias’ no planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas para a melhoria das condições de

vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das grandes cidades onde se concentra a população exposta a uma aglomeração de riscos vinculados à precariedade das condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais (WESTPHAL, 1997; MALIK, 1997; KEINERT, 1997; FERRAZ, 1999; RADIS, 2000). Como assinalamos em outro lugar, sua incorporação ao referencial adotado pelas administrações municipais pode contribuir para a

A DIFUSÃO DAS IDÉIAS QUE CONSTITUEM
O CORPO DOUTRINÁRIO DA PROMOÇÃO
DA SAÚDE TEM GERADO A INCORPORAÇÃO
DE MUITAS DE SUAS PROPOSTAS NO
PROCESSO DE FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS
E PROGRAMAS DE SAÚDE

concretização de processos de descentralização, intersectorialidade e, principalmente, para a ampliação do leque de ações sociais voltadas para o atendimento de necessidades de saúde da população, gerando experiências inovadoras de articulação intersectorial para o enfrentamento de problemas cujos determinantes extrapolam o âmbito de ação do sistema de serviços de saúde (TEIXEIRA, 2000).

A difusão e multiplicação de propostas políticas derivadas do movi-

mento pela Promoção da Saúde, incluído recentemente na Agenda política de entidades representativas das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e pelo próprio Ministério da Saúde que, em 1998, chegou a criar um projeto de Promoção da Saúde sob responsabilidade da então Secretaria de Políticas de Saúde (BRASIL, 2002), sem dúvida, constitui uma importante inovação conceitual e político-ideológica na área de formulação de políticas sociais, porém, não dá conta, evidentemente, do encaminhamento dos problemas específicos da organização do ‘modelo de atenção à saúde’. Sua inclusão nesse debate, a meu ver, se justifica, porém, pela renovação de perspectivas e pela abertura de um diálogo que tende a extrapolar o espaço de governabilidade das instituições gestoras do sistema de saúde e aponta, seja em nível federal, estadual ou municipal, para a possibilidade de reorientação de práticas que incidam sobre as condições e modos de vida da população, produzindo efeitos diretos e indiretos sobre o perfil de necessidades e demandas que venham a se apresentar ao sistema de serviços no futuro. Nesse sentido, a análise dos processos de transição demográfica e epidemiológica, os novos ‘mapas de risco’ e as estratégias de promoção e prevenção a serem adotadas nesses cenários, são parte da reflexão sobre as tendências e perspectivas das políticas e práticas de saúde no

âmbito do SUS (BARRETO, 2002; PAIM, 2003C; TEIXEIRA, 2003).

PROBLEMAS E DESAFIOS NO MOMENTO ATUAL: DESATANDO NÓS E CRIANDO LAÇOS

Vistas, em suas linhas gerais, as semelhanças e diferenças, confluências e divergências entre as diversas propostas de mudança do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS, cabe retomar a análise do contexto atual para que se possa identificar tendências e desafios colocados ao desenvolvimento desse processo. Pelo exposto anteriormente, podemos considerar que um dos 'nós críticos' a serem desatados no momento atual, diz respeito à compreensão dos limites e possibilidades de cada uma das propostas em debate e experimentação, para que se possa, inclusive, conjugar elementos conceituais, metodológicos e operacionais de cada uma delas, à medida que não apresentem incoerências e incompatibilidades entre si.

Nesse contexto, além das insuficiências e lacunas conceituais e metodológicas das diversas propostas de mudança do modelo de atenção, nos depararmos com a possibilidade de que as diferenças entre as propostas sejam assumidas como diferenças de projetos políticos das diversas forças envolvidas na formulação das estratégias de intervenção sobre o processo de reforma. Daí que é fundamental que se avance,

durante os debates a serem realizados na 12ª Conferência Nacional de Saúde, na construção de um consenso acerca de qual é o "SUS que queremos", ainda que para isso se tenha de superar resistência de ordem filosófica até mesmo com relação a uma definição de 'Imagem-objetivo'.

A partir daí será mais fácil, acreditamos, avançar na definição das políticas e estratégias de mudança do modelo, potencializando o que já vem ocorrendo em grande número

DEVE SE DEFINIR PRINCÍPIOS E DIRETRIZES
QUE POSSAM SER ADAPTADOS ÀS DIVERSAS
REALIDADES, CONSTITUINDO VARIANTES
DE UM MODELO QUE TENHA COMO EIXO
CENTRAL A BUSCA DE UNIVERSALIZAÇÃO,
INTEGRALIDADE E EQUIDADE NA
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

de municípios que, através de consultorias ou pelo acesso à literatura da área, tratam de incorporar inovações na organização dos serviços e nas práticas de saúde que, muitas vezes, provêm de correntes de pensamento diferentes. Como já defendemos em outro trabalho (TEIXEIRA, 2000), penso que nenhuma das propostas sozinha, dá conta do processo de mudança do modelo de atenção à saúde em todas as suas dimensões; daí defendermos a neces-

sidade de se buscar reconstruir a organização dos serviços e se redefinir o conteúdo das práticas, a partir da situação concreta de cada local, seja um distrito, um município ou uma microrregião de saúde, levando em conta a heterogeneidade estrutural da situação de saúde e do sistema de serviços de saúde em cada região e estado. Com isso, é possível admitir que não deve se estabelecer um 'modelo padrão' a ser reproduzido em todos os locais, senão que, como já vem ocorrendo, deve se definir princípios e diretrizes que possam ser adaptados às diversas realidades, constituindo variantes de um modelo que tenha como eixo central a busca de universalização, integralidade e equidade na prestação de serviços.

Considerando que a questão da integralidade pode ser tomada como o eixo central para a formulação de políticas e implementação de estratégias de mudança do modelo de atenção à saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2001; 2003), cabe avançar na análise dos problemas e desafios que se colocam, no momento atual, para a efetiva construção de um 'modelo de atenção' que tenha a integralidade do cuidado como atributo central. Nesse sentido, cabe, em primeiro lugar, registrar que a noção de 'integralidade' remete a uma dupla dimensão: a primeira, relativa à integralidade do sistema de serviços de saúde (e à construção dos chamados 'sistemas integrados', conforme analisado por MENDES, 2001), e a

segunda à integralidade das práticas de saúde (e à articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, diagnóstico, recuperação e reabilitação de danos) em todos os níveis organizacionais do sistema de serviços.

O processo de construção da Integralidade na dupla perspectiva (sistema e práticas) enfrenta hoje no âmbito do SUS um conjunto de desafios que podem ser classificados de 'estruturais' e 'conjunturais'. Do ponto de vista 'estrutural', o principal problema deriva exatamente do fato das práticas de saúde em nosso meio terem sido estruturadas segundo determinações econômicas e político-ideológicas que continuam, ainda hoje, a vigorar. Isto é, a reprodução do 'modelo médico assistencial hospitalocêntrico e privatista' não ocorre por simples inércia ou somente pela vontade política dos sujeitos que ocupam os vértices do triângulo constituído pelo Estado, multinacionais de medicamentos e equipamentos médicos e empresariado nacional e multinacional da área da saúde. A própria existência desse triângulo revela as fortes determinações econômicas envolvidas na reprodução do modelo, determinações essas que só se alteram no longo prazo, por força da acumulação de fatos e processos que venham a condicionar uma nova dinâmica de reprodução, induzida pelo fortalecimento do papel do Estado como regulador, isto é, como

sujeito responsável pela implementação de um projeto político de mudança da lógica de organização e de funcionamento do sistema que subverte as pressões mercadológicas em nome dos interesses sociais (e epidemiológicos) da população.

Do ponto de vista 'conjuntural', as opções adotadas pelos gestores do sistema (em nível federal, estadual e municipal), hoje conformam um mosaico extremamente complexo no qual se evidenciam elemen-

COMO ELEMENTOS DESFAVORÁVEIS,
DESTACAMOS A PROVÁVEL REDUÇÃO
DO VOLUME DE RECURSOS FINANCEIROS
PARA A SAÚDE, DIANTE DAS RESTRIÇÕES
DERIVADAS DA POLÍTICA ECONÔMICA
ADOTADA PELO ATUAL GOVERNO

tos favoráveis e elementos desfavoráveis à manutenção ou transformação do modelo, que incidem, portanto, na construção da integralidade do cuidado e na acumulação de fatos e processos que podem vir a contribuir para a 'reversão' efetiva do modelo médico-assistencial hegemônico.

Como elementos favoráveis podemos elencar:

- a ênfase na implementação e fortalecimento da Atenção Básica à Saú-

de através da expansão e da qualificação do Saúde da Família, com incorporação das chamadas 'ações programáticas estratégicas' (MS);

- a possibilidade de se implementar a proposta de regionalização da atenção à saúde (NOAS), sob responsabilidade dos gestores estaduais (Secretarias Estaduais de Saúde - SES);

- o interesse em se avançar na implantação de ações intersetoriais de Promoção da Saúde, principalmente, em nível municipal (bandeira do CONASEMS);

- a reorientação da formação profissional em saúde (Novas Diretrizes Curriculares) e a implementação dos Pólos de Educação Permanente (SEGOTES) desde que não enfraqueçam e sim potencializem a experiência acumulada com a formação e capacitação das equipes de Saúde da Família.

Como elementos desfavoráveis, destacamos:

- a provável redução do volume de recursos financeiros para a saúde, diante das restrições derivadas da política econômica adotada pelo atual governo;

- a pressão do empresariado médico-hospitalar pela manutenção do fluxo de recursos financeiros para os serviços de média e alta complexidade;

- a resistência de algumas Secretarias Estaduais de Saúde em

avançar com o processo de micro-regionalização da atenção à saúde acatando, apenas, uma perspectiva limitada de expansão da Atenção Básica (focalização);

- a baixa capacidade gerencial e operacional de um número significativo de secretarias municipais de saúde;

Como se pode perceber, os 'nós críticos' essenciais a serem desatados, na prática político-institucional, dizem respeito ao financiamento e ao desenvolvimento de pessoal, através das ações de formação, capacitação e educação permanente dos profissionais e trabalhadores de saúde. De fato, as opções em termos dos critérios de distribuição e utilização de recursos financeiros pelos diversos níveis de gesto do sistema e pelos diversos níveis de organização dos serviços, podem atuar como estrangulamentos ou mecanismos indutores de mudanças no modelo de atenção. Do mesmo modo, as políticas de formação e capacitação de pessoal podem contribuir ou restringir as possibilidades de mudança das práticas de saúde, daí sua importância crucial nessa conjuntura.

A análise da direcionalidade da política de financiamento e de educação permanente dos profissionais de saúde, portanto, é imprescindível para a compreensão dos rumos que tomará o processo de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS. Mais que isso, entretanto, a

possibilidade de se incidir nessa direcionalidade, tendo em vista o fortalecimento de um processo de mudança que conduza efetivamente à universalização e à integralidade da atenção, exige a construção de alianças estratégicas entre os gestores do SUS interessados nesse processo, os profissionais de saúde e a população usuária.

Nesse sentido, algumas questões merecem um aprofundamento, como, por exemplo, a proposta de

COMO SE PODE PERCEBER, OS 'NÓS CRÍTICOS' ESSENCIAIS A SEREM DESATADOS, NA PRÁTICA POLÍTICO-INSTITUCIONAL, DIZEM RESPEITO AO FINANCIAMENTO E AO DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL, ATRAVÉS DAS AÇÕES DE FORMAÇÃO, CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE

expansão da estratégia de Saúde da Família aos municípios de mais de cem mil habitantes. Cabe problematizar a pertinência de se implementar essa estratégia da mesma forma como vem sendo implementada nos pequenos e médios municípios, por duas simples razões: nos grandes centros, o Saúde da Família passa a competir, de fato, com o modelo médico-assistencial hegemônico, enfrentando a resistência de vários atores implicados na reprodução

desse modelo, inclusive os profissionais de saúde; por isso mesmo, o Saúde da Família, tal como vem sendo implementado, encontra resistência na própria população usuária, habituada a consumir serviços especializados, mesmo em nível de atenção básica. Por conta disso, há que se pensar na flexibilização da proposta, de forma a não se perder de vista a possibilidade de legitimá-la junto à população, ator central na construção da viabilidade da mudança do modelo.

Na mesma linha, há que se ter bastante cuidado com a implementação das propostas de desenvolvimento de pessoal de saúde, seguramente o aspecto mais delicado na sustentação do processo de mudança das práticas. A experiência acumulada pelos Pólos de Capacitação em Saúde da Família revela que os profissionais de saúde, até mesmo os médicos, podem vir a se constituir em potentes aliados do processo, desde que sejam contemplados interesses econômico-financeiros e técnico-científicos, para além do compromisso político e ético que pode vir a ser construído coletivamente no âmbito do processo de formação e educação permanente.

Para concluir, queremos lembrar a observação precisa da professora Maria Cecília Donnangelo, em 1979, chamando a atenção para que a reforma "se fará com a população ou não se fará", a lembrarmos que o sentido maior de todo o

esforço desencadeado no âmbito jurídico-normativo, político-institucional e principalmente, na 'ponta do sistema', para a mudança na organização e no conteúdo das práticas de saúde, é a escuta e a resposta aos problemas e às necessidades sociais de saúde da população, e que é através desse processo que podemos contribuir para a redução das desigualdades, para a melhoria das condições de vida e para o alcance de um patamar digno de saúde e bem-estar coletivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKERMAN, Marco *et al.* A concepção de um projeto de observatório de qualidade de vida: relato de uma experiência realizada em Campinas-SP. *Saúde e sociedade*, v. 6, n. 2, 1997. p. 83-99.
- ALMEIDA FILHO, Naomar; ANDRADE, R. F. S. Halopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, C. M. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 97-115.
- AROUCA, Antonio Sergio da Silva. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas UNICAMP, São Paulo, 1975.
- AYRES, José Ricardo C. M. *Epidemiologia e emancipação*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995, 231 p.
- _____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001. p. 63-72.
- AYRES, José Ricardo C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, C. M. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 117-139.
- BARRETO, M. L. Papel da Epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: histórico, fundamentos e perspectivas. *Conferência de abertura*. V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Curitiba-PR, 24-27 de março de 2002, 30 p.
- BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, C. M. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 15-38.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF: MS, 2. ed. 1998, 36 p.
- _____. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS-SUS 01/02. Brasília, DF: MS, março de 2002, 75 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Relatório de Gestão. Brasília, DF: MS, dezembro de 2002. 235 p.
- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. p. 569-584.
- CAMPOS F. E.; BELISÁRIO, S. A. 2001. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface*, São Paulo, v. 5, n. 9, 2001. p. 133-142.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança; revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECILIO, Luis Carlos de Oliveira (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- _____. Sobre la reforma de los modelos de atención: un modo mutante de hacer salud. In: EIBENSCHUTZ (Org.). *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. p. 293-312.
- CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 55-77.
- CASTELLANOS, Pedro Luis (Coord.) Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud según condiciones de vida y del impacto de las Acciones de Salud y Bienestar. *Proyecto*. OPS/OMS, 1991b, 52 p.

- _____. Epidemiologia, Saúde Pública Situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BARATA, Rita (Org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 31-75.
- CASTIEL, L. D. Dédalo e os Dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, C. M. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p.79-95.
- CECILIO, Luis Carlos de Oliveira (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994, 334 p.
- CORDEIRO, Hésio. As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- _____. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial. *Cadernos Saúde da Família*, Brasília, DF, v. 1, n. 11, 1996. p. 13-15.
- CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, C. M. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 39-53.
- DONNANGELLO, Maria Cecília F. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas cidades, 1976.
- _____. (debatedora). Uma política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. In: Câmara dos Deputados. Comissão de Saúde. *Simpósio sobre Política Nacional de Saúde*, Brasília, DF: 1979. p. 83-88.
- FERRAZ, S. T. *Cidades saudáveis: uma urbanidade para 2000*. Brasília, DF: Paralelo 15, 1999, 103 p.
- FLEURY, Sonia Maria (Org.). *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada*, Rio de Janeiro: ABRASCO, Rio de Janeiro, 1995, 262 p.
- FREITAS, C. M. A Vigilância da Saúde para a promoção da Saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, C. M. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 141-159.
- JUNQUEIRA, L. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde e sociedade*, v. 6, n. 2, 1997. p. 31-46.
- _____. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. *RAP*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, 1998. p. 11-22.
- KEINERT, T. M. M. Planejamento governamental e políticas públicas: a estratégia. *"Cidades saudáveis": Saúde e sociedade*, n. 2, 1997. p. 55-64.
- LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Medicina Preventiva*. Editora McGraw-Hill do Brasil, 1987, 744 p.
- MATUS, Carlos. *Política, planificação e governo*, 2. ed. (2 Tomos), Brasília, DF: IPEA, 1993. p. 297-554.
- MALIK, Ana Maria. Cidades saudáveis: estratégia em aberto. *Saúde e sociedade* v. 6, n. 2, 1997. p. 19-30.
- MENDES, Eugênio Vilaça. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993, 300 p.
- _____. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, (Tomo II), 2001, 167 p.
- MENDES-GONÇALVES, R. Bruno. *Medicina e História: as raízes sociais do trabalho médico*. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP), 1979.
- MERHY, Emerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECILIO, Luis Carlos de Oliveira (Org.). *Inventando a mudança na saúde*, São Paulo: HUCITEC, 1994. p 117-160.
- MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo/Buenos Aires: HUCITEC/LUGAR EDITORIAL, 1997, 385p.
- OLIVEIRA, Jaime; TEIXEIRA, Sonia Fleury. Medicina de Grupo: a medicina e a fábrica. In: GUIMARÃES, Reinaldo (Org.). *Saúde e Medicina no Brasil*, 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984, p. 181-205.
- OLIVEIRA, Jaime; TEIXEIRA, Sonia Fleury. (Im) *Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil*, Rio de Janeiro: Vozes, 1979.

- PAIM, Jairnilson da Silva. A reorganização das práticas de Saúde em Distritos Sanitários. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.
- _____. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994b. p. 455-466.
- _____. Políticas de descentralização e Atenção Primária à Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & Saúde*, 5. ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p. 489-503.
- _____. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. p. 557-567.
- _____. Modelos de atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, Naomar. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-586.
- _____. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, C. M. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 161-174.
- RADIS (TEMAS). *Cidades Saudáveis, Radis*, Rio de Janeiro, n. 19, 2000.
- PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001, 178 p.
- PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2003, 226 p.
- RIBEIRO, R C. A construção de um município saudável: descentralização e intersetorialidade – a experiência de Fortaleza. *Saúde e sociedade*, v. 6, n. 2, 1997. p. 47-54.
- SCHRAIBER, Lilia Blima (Org.). *Programação em Saúde hoje*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1990, 226 p.
- _____. Epidemiologia em Serviços: uma tecnologia de que tipo? In: MS/FNS. CENEPI. *Informe Epidemiológico do SUS*, ano 2, n. 3, 1993. p. 5-32.
- _____. Políticas públicas e Planejamento nas práticas de Saúde. *Saúde em Debate*, Londrina, PR, n. 47, 1995. p. 28-35.
- SCHRAIBER, Lilia Blima; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. Bruno. *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: HUCITEC, 1996, 286 p.
- SILVA JÚNIOR, A. *Modelos tecno-assistenciais em saúde*. O debate no campo da Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998. 13p.
- SOLLA, Jorge; MATOS, L.; NUNES, P. Municipalização Plena do Sistema de Saúde: Construindo um Sistema Público e Gratuito de Atenção à Saúde em Vitória da Conquista. VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Livro de Resumos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, Suplemento, 2000.
- TEIXEIRA, Carmen Fontes; MELO, C. (Orgs.). *Construindo Distritos Sanitários: a experiência da cooperação Italiana em Saúde no município de São Paulo*. São Paulo – Salvador: HUCITEC/Cis, 1995.
- TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilson da Silva. “Planejamento e programação das ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida”. *Revista de Administração Pública*, São Paulo, v. 34, 2000. p. 63-80.
- _____. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. *Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde*, Brasília, DF, dezembro de 2000, p. 261 – 281.
- _____. *O futuro da prevenção*. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001, 114 p.
- _____. Epidemiologia e Planejamento de Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, Naomar. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 515-531.
- WESTPHAL, Marcia Faria. Municípios saudáveis: aspectos conceituais. *Saúde e sociedade*, v. 6, n. 2, 1997. p. 9-18.

Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde*

Entrance through basic care? Integration of the Family Health Program to the network of health services

Lígia Giovanella¹

Sarah Escorel²

Maria Helena M. de Mendonça³

¹ Médica, doutora em Saúde Pública, pesquisadora do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (NUPES) do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) Av. Brasil, 4.036 – sala 1001 CEP 21040 – 361 – Rio de Janeiro – RJ e-mail: giovanel@ensp.fiocruz.br

² Médica, doutora em Saúde Pública, pesquisadora do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (NUPES) do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) Av. Brasil, 4.036 – sala 1001 CEP 21040 – 361 – Rio de Janeiro – RJ e-mail: sescorel@ensp.fiocruz.br

³ Médica, doutora em Saúde Pública, pesquisadora do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (NUPES) do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) Av. Brasil, 4.036 – sala 1001 CEP 21040 – 361 – Rio de Janeiro – RJ e-mail: mhelenam@ensp.fiocruz.br

* Uma primeira versão deste artigo foi apresentada no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva realizado em Brasília em julho de 2003.

RESUMO

Com o propósito de contribuir para a elaboração de estratégias a fim de melhorar a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), este artigo apresenta resultados de avaliação do Programa Saúde da Família (PSF) realizada em dez grandes centros urbanos quanto à conformação de sistema integrado, analisando a constituição da unidade de saúde da família (USF) como porta de entrada e a sua articulação a outros níveis de complexidade. Argumenta-se que a constituição da USF/unidade básica como porta de entrada do SUS tem por objetivo tornar o generalista coordenador dos cuidados ao paciente e condutor do paciente pela rede assistencial na busca da melhor opção de atenção disponível, para além da função de gatekeeper, que visa apenas o controle de referência para especialista.

DESCRITORES: Programa Saúde da Família; Cuidados Integrados de Saúde; Cuidados Primários de Saúde.

ABSTRACT

With the aim to contribute to the development of strategies to improve SUS organization, this article presents assessment results of the Family Health Program performed in ten large urban centers, analyzing the constitution of the family health unit (FHU) as entrance door and its articulation with other complexity levels. It is argued that the FHU/basic unit as an entrance door to SUS aims to turn the general physician into the coordinator of assistance to the patient and his/her conductor throughout the assistance network in search for the best care option available, beyond the role of gatekeeper that aims only to act as a control reference to the specialized physician. We defend that the booking and guarantee of procedure performance should be responsibility of the basic care unit.

DESCRIPTORS: Family Health Program; Comprehensive Health Care; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro passa por um momento de reorganização e ensaia mudanças do modelo assistencial promovidas por meio de incentivos ao Programa Saúde da Família (PSF). Recente normatização federal regulamentou a constituição de sistemas funcionais de atenção à saúde regionalizados, incentivando a criação de mecanismos para a integração entre os serviços. Pode-se dizer que a descentralização se efetivou, contudo, ainda não foi constituído um sistema integrado de saúde – hierarquizado e regionalizado – que facilite o acesso e permita a continuidade do cuidado garantindo atenção integral. Há muito o que debater e negociar para aprimorar os mecanismos políticos e gerenciais de cooperação intergovernamental, de regulação da oferta assistencial e para referência e contra-referência que permitam a integração da rede assistencial e a constituição de sistemas de saúde funcionais para além das fronteiras municipais.

Entende-se que a organização de sistemas integrados de serviços de saúde proporciona atenção de melhor qualidade e menos onerosa, por meio da definição de porta de entrada, da articulação de cuidados preventivos e curativos no primeiro nível de atenção e da integração entre as redes de cuidados primários e especializados com a

coordenação pelo clínico geral dos cuidados ao paciente (STARFIELD, 2002). Com esses objetivos, modelos integrados de atenção à saúde fazem parte da pauta de recentes reformas setoriais em países europeus, nos quais coalizões governamentais de centro-esquerda – em particular no Reino Unido e na Alemanha –, ao final dos anos 1990, propuseram mecanismos para a reorganização da atenção e melhoria da qualidade das prestações de ser-

HÁ MUITO O QUE DEBATER E NEGOCIAR PARA APRIMORAR OS MECANISMOS POLÍTICOS E GERENCIAIS DE COOPERAÇÃO INTERGOVERNAMENTAL

viços ainda que o objetivo de contenção de gastos tivesse sido reiterado.

A organização de sistemas integrados de serviços de saúde objetiva proporcionar atenção menos onerosa, de melhor qualidade e mais direcionada a responder às necessidades de saúde da população. A necessidade de repensar o modelo assistencial é exigência decorrente de mudanças demográficas e epidemiológicas e da baixa capacidade da atenção médica contemporâ-

nea, fragmentada pela especialização progressiva, em garantir atenção integral e integrada, em particular, aquela voltada ao paciente crônico.

Sistemas integrados de saúde, nos quais o clínico geral atua como porta de entrada obrigatória (*gatekeeper*), são considerados menos onerosos e mais aptos para conter a progressão dos gastos ambulatoriais (STARFIELD, 2002, p. 213; DELNOIJ *et al.*, 2000; BOWLING; REDFERN, 2000). A busca de alternativas menos dispendiosas de atenção não é tarefa secundária. Ainda que não haja consenso quanto aos fatores predominantes para o aumento das despesas em saúde, a preocupação pela otimização de recursos empregados é objetivo a ser alcançado por qualquer política pública que se pretenda universal e sustentada por financiamento solidário. Como afirmou Gastão Wagner de Souza Campos – secretário executivo do Ministério da Saúde – em recente conferência de abertura de reunião do Conselho Nacional de Saúde (CNS), “não há recursos financeiros capazes de sustentar o modelo tradicional, centrado em pronto-socorro, hospital e especialistas, além da eficácia da atenção (no modelo tradicional) ficar comprometida”. É necessário garantir atenção básica integral: equipes de saúde “com capacidade de fazer promoção e prevenção e com resolutividade clínica com capacidade de atender aos problemas crônicos...”.

A implementação do Programa Saúde da Família a partir da segunda metade da década de 1990, com incentivos federais, pretendeu mudanças no modelo assistencial de atenção básica. Afora o debate sobre características de seletividade e focalização ao priorizar populações em situação de risco e implantação inicial como mais um programa, o Saúde da Família vem sendo entendido como uma estratégia que visa à reorientação do modelo de atenção. Pretende-se instituir a equipe de saúde da família como a porta de entrada do sistema de atenção, devendo este primeiro nível estar integrado a uma rede de serviços, estabelecendo-se um sistema de referência e contra-referência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes.

A importância da problemática da organização da atenção à saúde para a efetivação do SUS é reconhecida pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde, incluindo a questão como tema da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Com o objetivo de contribuir para o debate e a construção de estratégias de organização de um sistema integrado de saúde, neste artigo são analisadas as mudanças do modelo assistencial pretendidas pela estratégia de Saúde da Família relativas à consti-

tuição de um sistema integrado de saúde. A análise apresentada resultou da pesquisa Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em grandes centros urbanos – dez estudos de caso, em avaliação desenvolvida pelo Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (NUPES) do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), demanda-

PRETENDE-SE INSTITUIR A EQUIPE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO A
PORTA DE ENTRADA DO SISTEMA DE
ATENÇÃO, DEVENDO ESTE PRIMEIRO
NÍVEL ESTAR INTEGRADO A UMA
REDE DE SERVIÇOS

da e financiada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Políticas Públicas (SPS) do Ministério da Saúde (MS). A pesquisa teve como objetivos analisar fatores facilitadores e limitantes da implementação do Programa de Saúde da Família em grandes centros urbanos no que concerne ao estabelecimento de vínculos entre

a Equipe de Saúde da Família (ESF) e a comunidade, à conversão do modelo de atenção à saúde nas unidades básicas e à sua articulação com a rede de serviços de saúde (ESCOREL *et al.*, 2002).

A pesquisa foi realizada em dez grandes centros urbanos com população superior a cem mil habitantes, selecionados pela equipe técnica do Projeto de Expansão da Saúde da Família em grandes centros urbanos (PROESF/MS) de modo a apreender situações diversificadas. O estudo abarcou os municípios de Camaragibe, Palmas, Vitória da Conquista, Vitória, Aracaju, São Gonçalo, Campinas, Goiânia, Manaus e Brasília. Utilizando a metodologia de estudos de caso, a pesquisa incluiu abrangente trabalho de campo constituído por: entrevistas semi-estruturadas com gestores do PSF e conselheiros municipais de saúde; questionários auto-preenchidos para os integrantes das Equipes de Saúde da Família e instrumento aplicado por entrevistador em amostra de famílias usuárias do PSF.¹

Neste artigo, para avaliar a integração do PSF à rede assistencial do SUS, trabalhando-se informações qualitativas e quantitativas, foram analisadas a constituição da USF como porta de entrada do sistema de saúde e a articulação da USF com os demais níveis de complexidade por meio da presença e uso de me-

¹ Em São Gonçalo (RJ) e Campinas (SP) não foram realizados inquéritos com famílias e profissionais, pois a implantação do PSF era muito recente. Deste modo, parte dos resultados refere-se a apenas oito cidades.

canismos de referência e contra-referência pelos profissionais das ESF.

A USF COMO PORTA DE ENTRADA DO SISTEMA DE SAÚDE

Um sistema integrado implica na hierarquização dos serviços em níveis crescentes de complexidade e pressupõe existir um serviço de primeiro contato, aqui denominado de porta de entrada (*gatekeeper*), procurado regularmente a cada vez que o paciente necessita de atenção (em caso de adoecimento e/ou acompanhamento rotineiro de sua saúde).

Para a constituição da USF como porta de entrada do sistema de saúde o primeiro requisito é que a mesma seja acessível à população adscrita, eliminando-se barreiras financeiras, geográficas, temporais, administrativas e culturais (GIOVANELLA; FLEURY, 1996). Nas cidades estudadas as USF eram acessíveis e conhecidas pelas famílias cadastradas. A grande maioria das famílias adscri-

tas ao PSF (>90%) afirmou conhecer o local onde funciona o PSF nos municípios estudados, exceto Goiânia. Entre as famílias que conheciam a localização da USF, mais de 90% afirmaram ser fácil chegar ao local e se deslocavam a pé até a unidade (Quadro 1).

Para funcionar como porta de entrada, a USF, além de ser acessível, deve constituir-se em serviço de procura regular e servir de filtro e ponto de entrada do fluxo pela rede assistencial na busca, coordenada pelo generalista, da melhor opção de assistência disponível para cada tipo de necessidade (STARFIELD, 2002. p. 207s).

Para avaliar a USF como porta de entrada do sistema de saúde, foi investigado se a mesma é o serviço de procura regular da população adscrita. O primeiro indicador construído foi a proporção de famílias que em geral procuram a ESF/USF quando precisam de atendimento por profissional de saúde. Em Vitória da

Conquista (67%), Aracaju (62%), Vitória (56%), e Palmas (52%), metade (ou mais) das famílias informaram que geralmente procuram a ESF/USF para atendimento. Em geral, nos municípios em que o PSF foi concebido e implantado como programa paralelo, a ESF/USF, segundo este critério, não se constituía em porta de entrada. Goiânia (22%), Manaus (27%) e Brasília (31%) apresentaram as menores proporções de ESF/USF como serviço de procura habitual pela população adscrita (Quadro 2).

Em todos os municípios, entretanto, foram observadas menores proporções de famílias que procuraram a USF em episódio de doença ocorrido nos 30 dias anteriores à pesquisa. Na experiência de uso recente, Aracaju (61%), Vitória (40%), e Palmas (39%) apresentaram as maiores proporções de procura à USF. Em Camaragibe (20%), Brasília (23%) e Manaus (24%) cerca de apenas um quinto das famílias cadastradas havia procurado a ESF/USF frente a mal-

QUADRO 1 – Acesso à ESF/USF das famílias adscritas ao PSF (%), em oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Indicadores	Camaragibe	Palmas	V. Conq	Vitória	Aracaju	Goiânia	Manaus	Brasília
% Famílias que conhecem localização da USF	96,7	96,7	85,9	98,7	93,8	55,9	99,2	94,6
% Famílias, entre as que conhecem, que afirmaram ser fácil chegar à USF	95,7	95,7	92,4	93,6	95,1	94,1	97,1	91,6
% Famílias que alguma vez receberam atendimento da ESF	95,8	96,7	85,6*	97,9	100,0	83,0	90,5	98,7
% Famílias que receberam atendimento da ESF nos últimos trinta dias	48,7	67,1	82,0	57,1	72,9	62,7	65,1	48,1

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/Fiocruz

* No questionário aplicado em Vitória da Conquista e Goiânia, a pergunta excluiu o Agente Comunitário de Saúde (ACS) nesse atendimento.

QUADRO 2 – Serviços ou profissionais de saúde (%) geralmente procurados e utilizados pelas famílias assistidas pelo PSF, 2002*

Serviços ou profissionais	Camaragibe	Palmas	V. Conquista	Vitória	Aracaju	Goiânia	Manaus	Brasília
USF/ ESF ou ACS								
Geralmente procurado	36,6	56,3	67,3	56,2	62,9	22,0	27,3	31,3
Utilizado últimos 30 dias	20,0	39,1	25,6	41,4	61,6	32,7	24,1	23,1
Pronto-socorro, emergência, hospital								
Geralmente procurado	26,7	31,2	45,2	23,0	15,4	–	44,8	53,7
Utilizado nos últimos trinta dias	37,3	41,3	44,1	30,3	12,6	23,1	32,1	38,5
Centro de saúde com serviço urgência								
Geralmente procurado	29,6	2,1	–	7,5	4,2	26,0	–	0,8
Utilizado nos últimos trinta dias	31,8	3,4	–	14,1	2,0	7,7	1,2	4,8
Postos ou centros de saúde								
Geralmente procurado	4,2	3,3	13,5	–	2,5	21,0	20,7	8,8
Utilizado nos últimos trinta dias	6,4	1,1	4,7	6,1	7,9	13,5	21,6	19,2
Clínica, médico, plano saúde/particular								
Geralmente procurado	2,5	7,1	–	12,5	12,5	–	6,2	5,0
Utilizado nos últimos trinta dias	4,5	12,6	–	7,1	12,6	–	12,3	9,6
Outro, nenhum, farmácia								
Geralmente procurado	0,4	–	1,0	0,8	2,5	4,0	0,4	0,4
Utilizado nos últimos trinta dias	–	2,3	25,6	1,0	2,6	23,2	8,6	4,8

Fonte: NUPE/DAPS/ENSP/FIOCRUZ

* Em Vitória da Conquista e Goiânia, os dados foram coletados no segundo semestre de 2001 e o instrumento de pesquisa permitia mais de uma resposta.

estar ou episódio de doença nos 30 dias anteriores à pesquisa.

Embora a maior parte dos episódios não fossem graves, os serviços mais procurados em diversas cidades foram serviços de urgência: pronto-socorro, emergência, hospital ou centro de saúde com serviço de urgência. Em Camaragibe 32% procuraram Centro de Saúde com serviço de urgência e 37% pronto-socorro ou hospital. Em Vitória da Conquista (44%), Brasília (38%) e Manaus (32%), a principal procura foi por pronto-socorro/hospital. Outros serviços de atenção básica como postos e centros de saúde continuavam sen-

do procurados em Manaus (22%), Brasília (19%) e Goiânia (14%), indicando existência de paralelismo de redes básicas nas localidades.

Outros indicadores para avaliar a constituição da USF como porta de entrada foram construídos a partir das percepções dos profissionais. As percepções dos profissionais, em geral, foram mais positivas do que o informado pelas famílias. Em Camaragibe, Aracaju e Palmas mais de 80% dos profissionais de nível superior, integrantes da ESF, concordaram 'muito' que a 'USF tornou-se porta de entrada do sistema de atenção'. Os piores resultados foram observados em Brasília onde apenas 37% dos

médicos e 52% dos profissionais de nível superior concordaram muito com a afirmativa. Nos outros municípios mais da metade dos profissionais concordaram muito que a ESF/USF tornou-se porta de entrada.

ARTICULAÇÃO DA USF AOS DEMAIS NÍVEIS DE COMPLEXIDADE

A integração da atenção básica aos demais níveis de complexidade possibilita a coordenação da atenção ao paciente pelo generalista e pressupõe que o acesso à atenção especializada depende de encaminhamento da ESF. A integração é proporcionada pelo estabelecimen-

to de mecanismos de referência e por realização da contra-referência.

A articulação da USF aos demais níveis de complexidade foi analisada por meio dos encaminhamentos experimentados pelos usuários, quando atendidos pela ESF, e pelo acesso das famílias a consultas especializadas, exames, internações e medicamentos, avaliado por usuários e profissionais (ESCOREL *et al.*, 2002). Esta avaliação completa-se com a análise dos mecanismos de referência e contra-referência existentes em cada município e o seu uso informado pelos profissionais da ESF. Alguns destes resultados são discutidos a seguir.

Em cinco das cidades estudadas, 70% das famílias consideraram a USF resolutive, informando “que geralmente consegue resolver o problema de saúde quando é atendido

pela ESF”. Em Vitória da Conquista e Aracaju, observaram-se os melhores resultados: 80% dos entrevistados consideraram o atendimento da ESF resolutive. Os piores resultados foram encontrados em Goiânia (46%), Palmas (34%) e Manaus (33%), onde cerca de um terço ou mais das famílias percebiam o atendimento da ESF como não-resolutive, afirmando que “geralmente precisavam procurar o especialista” após consulta no PSF.

A proporção de encaminhamentos realizados pela ESF em seus atendimentos é indicativa da resolutividade da equipe. Em geral, foram informadas pelas famílias, proporções inferiores de encaminhamentos para especialistas e internações nos atendimentos nos últimos 30 dias, realizados por médicos e enfermeiros da ESF, do que as proporções relati-

vas à percepção geral de resolutividade. Entre as famílias atendidas nos últimos 30 dias por médico e enfermeiro, a proporção de encaminhamentos para consulta médica e internação variou de 15% em Manaus a 28% em Camaragibe, sendo que em cinco das cidades tal proporção foi inferior a 20%. A razão de encaminhamentos observada, em geral, foi superior à informada pelo SIAB.

A proporção de encaminhamentos por consulta realizada é indicador de resolutividade do serviço, porém não pode ser analisada isoladamente. Esse indicador não informa sobre o resultado do cuidado para o paciente, é influenciado pelo conhecimento clínico do médico, com decisão adequada ou não, sobre a melhor opção de cuidado para cada caso, além de estar condicionada pelo elenco disponível de re-

Resolutividade da ESF/USF e proporção de encaminhamentos do PSF para outros serviços de saúde (%), segundo famílias entrevistadas e a partir do SIAB, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002*

Indicadores (%)	Camaragibe	Palmas	V. Conquista	Vitória	Aracaju	Goiânia	Manaus	Brasília
Geralmente precisam procurar especialista ⁽¹⁾	27,8	33,8	19,2	22,7	19,2	46,2	32,6	29,5
Total de encaminhamentos ⁽²⁾	27,5	13,7	23,1	12,2	16,1	27,5	15,3	16,4
Consulta médica	25,5	11,8	21,2	8,2	15,5	27,5	14,1	14,8
Internação ou cirurgia	2,0	1,9	1,9	4,0	0,6	0,0	1,2	1,6
Total de encaminhamentos SIAB*	12,8	9,9	10,0	7,7	8,3	8,6	–	8,1
Atendimento especializado	11,9	8,3	9,0	5,8	6,7	7,7	–	6,6
Internação hospitalar	0,2	0,3	0,2	0,2	0,4	0,5	–	0,3
Urgência/emergência	0,7	1,3	0,8	1,7	1,2	0,4	–	1,2

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ.

⁽¹⁾ Base: famílias que alguma vez foram atendidas na USF.

⁽²⁾ Base: familiares atendidos pelo PSF, nos últimos 30 dias, por médico ou enfermeiro. Em Vitória da Conquista e Goiânia a pergunta admitia mais de uma resposta.

* Dados do SIAB para 2001.

curso diagnóstico para solicitação pelo médico de atenção primária. Outrossim, uma baixa proporção de encaminhamentos pode ser condicionada por dificuldades de agendamento nos outros serviços. É, portanto, difícil concluir se os resultados encontrados são adequados ou não. Uma estimativa muito difundida entre sanitaristas brasileiros – defensores da atenção primária – é de que a atenção básica deveria resolver 85% dos casos atendidos, contudo não há evidências suficientes que a corroborem (MS/CNS, 2002). Estudos nos EUA e Inglaterra mostram variações importantes na proporção de encaminhamentos em pacientes atendidos por clínicos gerais

em parte condicionadas por características demográficas e modalidades de sistemas de pagamento (2 a 18%). Contudo, alta variabilidade permanece mesmo quando os resultados são ajustados por estas condições (STARFIELD, 2002. p. 223).

Na maior parte dos municípios estudados havia alguma forma de regulação para a referência e em alguns deles estavam estruturadas centrais de regulação de internações e centrais de marcação de consultas especializadas e/ou exames com o estabelecimento de cotas físicas ou financeiras por unidades de saúde ou por população/territórios de adscrição, sendo sua existência confirmada pelo uso das mesmas pe-

los profissionais das ESF para encaminhamentos de pacientes para consultas especializadas (Quadro 3). Todavia somente em três municípios havia central de consultas informatizada. Em Aracaju 90% dos profissionais das ESF e em Vitória 82% informaram utilizar a central de consultas para encaminhamentos. Em Palmas (60%) e Camaragibe (54%), mais da metade dos profissionais de nível superior informou utilizar cotas de consultas estabelecidas por ESF para realizar os encaminhamentos para consultas especializadas. Centrais de internação gerenciadas pela SMS funcionavam apenas em Vitória da Conquista, Campinas e Goiânia.

QUADRO 3 – Existência de mecanismos de referência e contra-referência e uso por ESF, 2002

Município	Central de internação	Central consulta especializada		Cotas por ESF	
		gestor e informatização	Profis. NS utilizam (%)	Existência	Profis. NS utilizam (%)
Camaragibe	Não	SMS limitada*	39,6	Exames, consultas	60,4
Palmas	Não	Não	3,8	Exames, consultas	53,8
V.Conquista	SMS	SMS	93,7 ⁽¹⁾	Exames, consultas	–
Vitória	SES	SMS incipiente não informado SES	82,5	Não	14,3
Aracaju	Não	SMS e SES USF on-line	89,4	Não	4,3
S. Gonçalo	Não	Não	–	Exames	–
Campinas	SMS	SMS Não informado	–	Consultas distrital Exames espec.	–
Goiânia	SMS	SMS	86,2 ⁽¹⁾	§ Exames	–
Manaus	Não	Não	26,8	Não	7,1
Brasília	Não	Regionais não informado	50,0	Consultas	24,3

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ.

* Formalizada apenas para saúde mental e gestão de alto risco.

⁽¹⁾ Profissionais de nível superior que informaram a existência de sistema de marcação de consultas.

Em geral, observou-se ampliação da pressão da demanda por atenção secundária, com a extensão de cobertura de atenção básica. Como mecanismo de racionalização, gestores de algumas cidades instituíram cotas de exames e consultas especializadas por unidade. Segundo gestores, a definição de cota para cada equipe do PSF garante melhor acesso, ao assegurar para todas as equipes a oferta dos mesmos serviços e procedimentos, ao mesmo tempo que controla o seu uso.

Vitória da Conquista destacou-se na organização da rede assistencial no município. As unidades básicas (22 USF e seis UBS) foram definidas como porta de entrada do sistema de saúde e o acesso ao atendimento especializado requeria encaminhamento do primeiro nível. Após atendimento na unidade básica, em caso de necessidade o usuário era referenciado formalmente para os outros níveis de complexidade por meio de dois mecanismos de referência: Central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados e Central de Internações Hospitalares. Esses mecanismos eram utilizados para toda rede e foram criados no recente processo de reorganização da assistência à saúde no município. Deste modo, consultas e procedimentos especializados ambulatoriais eletivos eram agendados pela ESF com a Central que marcava para todos os serviços do SUS –

tanto próprios (centro de atenção especializada) quanto contratados.

Em Aracaju, encontrava-se em funcionamento uma Central de Marcação de Consultas e Exames subordinada à Secretaria Municipal de Saúde, criada a partir de Central Estadual existente na época da habilitação do município em gestão plena do sistema municipal, em julho de 2001. A Central de Marcação funcionava por meio de um sistema informatizado e descentraliza-

AS UNIDADES BÁSICAS FORAM DEFINIDAS
COMO PORTA DE ENTRADA DO
SISTEMA DE SAÚDE E O ACESSO AO
ATENDIMENTO ESPECIALIZADO REQUERIA
ENCAMINHAMENTO DO PRIMEIRO NÍVEL

do, com computadores, ligados em rede, instalados nas unidades básicas sendo o acesso feito *on-line*. Por meio da Central, podem ser agendadas consultas em ambulatórios especializados e marcados exames de média e alta complexidade nos dois Centros de Especialidades municipalizados, com prestadores privados ou na rede de serviços sob gestão estadual. Mesmo com a central em funcionamento, havia dificuldades de acesso aos

serviços de média complexidade, condicionadas pela insuficiência de oferta em certas especialidades e exames, e pela carência de pessoal com habilidade em informática para utilizar o sistema. As vagas tornavam-se disponíveis na rede a cada cinco dias e logo preenchidas. Para obter-se vaga, freqüentemente, eram necessárias diversas tentativas em horários e dias diferentes.

Em Campinas, município com importante rede assistencial estruturada, existia uma central de vagas para consultas especializadas não-informatizadas, que funcionava por telefone. Eram definidas cotas por distrito, proporcionais ao número de atendimentos na região, monitoradas pelos gerentes distritais, também responsáveis pela distribuição das vagas entre as unidades de seu território. Marcação *on-line* estava sendo implantada em uma das regiões da cidade. O acesso ao especialista era dependente do encaminhamento pelo médico da unidade básica e realizado por meio de formulário específico. A partir do monitoramento das filas, foram identificados pelos gestores encaminhamentos indevidos, o que gerou iniciativas de capacitação dos profissionais da rede básica e estratégias para aumentar a resolutividade da rede básica para alguns problemas mais comuns, tornando desnecessária a referência para o especialista.

A insuficiente realização da contra-referência foi dificuldade reitera-

da pelos gestores municipais do sistema de saúde na maior parte dos municípios estudados e confirmada pelos profissionais das equipes. Um terço ou mais dos profissionais de nível superior das ESF informaram 'nunca' receber qualquer tipo de contra-referência, sequer verbal informada pelo paciente, em Palmas (44%), Brasília (39%) e Aracaju (32%).

A existência das centrais de marcação contudo não é suficiente para o funcionamento efetivo de um sistema de referência e contra-referência. Embora tenha sido verificada a existência de centrais de marcação em diversos municípios somente em Vitória da Conquista mais da metade dos profissionais de nível superior concordaram 'muito' que "A ESF conta com um sistema de referência e contra-referência que permite ampliar a confiança no trabalho e a resolutividade da rede básica."

Estes resultados indicam que um grande desafio do PSF e da atenção básica em geral é melhorar a comunicação entre profissionais da atenção básica e especialistas e com os serviços de pronto-atendimento e emergência. Os profissionais destes serviços têm formação, concepções e experiências distintas e estabelecer melhor comunicação exige também a ampliação da confiança dos profissionais da atenção secundária nos profissionais de atenção básica

para que o especialista promova o retorno do paciente ao serviço de atenção básica. A troca de informações entre profissionais é essencial para que o generalista da ESF possa exercer sua função de coordenador dos cuidados ao paciente.

Segundo Starfield (2002), a ausência da coordenação é a disponibilidade de informação acerca dos problemas prévios, o que implica em prontuário de acompanhamento longitudinal (ao longo da vida) do pa-

EM ALGUMAS DAS CIDADES ESTUDADAS,
AFORA A CRIAÇÃO DE CENTRAIS
DE REGULAÇÃO, OS GESTORES INICIAVAM
A CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA
MELHORAR A REFERÊNCIA E A
INTEGRAÇÃO DO SISTEMA

ciente e no retorno do paciente ao generalista após o encaminhamento para profissional especializado em apoio na elucidação diagnóstica ou sobre a decisão e manejo terapêutico. Para existir coordenação do cuidado deve, portanto, ocorrer a transferência de informações sobre os problemas de saúde dos pacientes e da atenção recebida de

modo a assegurar uma seqüência ininterrupta de visitas, garantindo-se a continuidade do contato. A coordenação da atenção ao paciente pelo clínico geral proporciona melhor acompanhamento aos pacientes, especialmente aqueles portadores de doenças crônicas ou morbidade múltipla, para o qual os sistemas de atenção à saúde, em geral, inclusive em outros países, estão ainda pouco preparados.²

Em algumas das cidades estudadas, afora a criação de centrais de regulação, os gestores iniciavam a construção de estratégias para melhorar a referência e a integração do sistema, tais como: estruturas gerenciais regionalizadas responsáveis pela integração dos serviços e dos equipamentos coletivos em cada área, a definição de serviços/profissionais específicos de referência para cada ESF, a participação dos especialistas na supervisão clínica e na capacitação das ESF, a realização de interconsulta, além da definição de protocolos clínicos com o estabelecimento de fluxos e definição de responsabilidades.

A criação de estruturas gerenciais regionalizadas e territórios correspondentes a partir de critérios geográficos e administrativos (Campinas, Camaragibe e Aracaju) teve como pressuposto que a melhora dos fluxos de referência e contra-re-

² A ausência de um profissional ou serviço que coordene a atenção do doente crônico e garanta atenção integrada não é um problema apenas do sistema público. É problema evidenciado também na assistência acessada por meio de seguros de saúde.

ferência das ações de saúde poderia ser propiciada por meio de comunicação sistemática entre serviços mediada pela gerência territorial e a definição de serviços específicos de referência para as unidades básicas de cada território ou mesmo de profissionais de referência para as ESF. Outras iniciativas buscaram ampliar a comunicação entre especialistas e médicos do PSF por meio de estratégias de aproximação com a participação dos especialistas na supervisão clínica e/ou na discussão de temas clínicos com as ESF (Camaragibe), bem como a realização de atividades de capacitação pelos especialistas dos Centros de Referência (Vitória da Conquista). Outro mecanismo de regulação da atenção à saúde observado, que pode contribuir para a garantia de retorno do paciente para continuidade do cuidado na atenção básica foi a definição de protocolos clínicos com o estabelecimento de fluxos para encaminhamentos aos especialistas e retornos, bem como para a solicitação de determinados procedimentos diagnósticos pelos profissionais da rede básica (em elaboração em Aracaju).³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, o conjunto de critérios analisados evidencia que na maior parte dos municípios estu-

dados, as USF ainda não se tornaram a porta de entrada de um sistema de atenção à saúde integrado, embora iniciativas de articulação estejam em curso. Os resultados sugerem que nas localidades onde ocorreu substituição de rede básica tradicional por saúde da família há maior probabilidade da ESF/USF constituir-se em fonte habitual de atenção (Aracaju, Palmas, Vitória). Nos municípios em que o PSF foi implantado como programa,

O CONJUNTO DE CRITÉRIOS ANALISADOS
EVIDENCIA QUE NA MAIOR PARTE DOS
MUNICÍPIOS ESTUDADOS, AS USF AINDA
NÃO SE TORNARAM A PORTA DE ENTRADA
DE UM SISTEMA DE ATENÇÃO
À SAÚDE INTEGRADO

observou-se atuação paralela à atenção básica tradicional, a qual também não funcionava como filtro obrigatório para atenção especializada que podia ser acessada diretamente (Brasília, Goiânia).

A baixa proporção de procura da USF frente a episódio de doença pode estar relacionada às barreiras de acesso decorrentes de horários de funcionamento, adscrição ao local de

moradia (e não de trabalho), às dificuldades em garantir simultaneamente atendimento à demanda espontânea e aos grupos não prioritários, e à implantação recente do serviço. Os resultados indicam ser necessário repensar horários de funcionamento das unidades e estabelecer fluxos de informação e referência entre os serviços de urgência/pronto-atendimento e as ESF/USF.

A constituição da USF/unidade básica como porta de entrada do SUS implica que a unidade básica seja filtro e ponto de entrada do fluxo pela rede assistencial por meio de mecanismos de articulação da rede básica aos outros níveis de complexidade. Contudo, o principal objetivo para o SUS não deve ser o da instituição do clínico geral de atenção primária como *gatekeeper*, ou seja, porta de entrada obrigatória que visa o controle e minimização de referências para especialistas com propósito de reduzir custos, como observado nos esquemas de atenção gerenciada (*managed care*). Nos esquemas de *managed care* estadunidenses, o profissional *gatekeeper* é cada vez mais utilizado para dificultar o uso de serviços especializados, o que pode ter como consequência a negação da atenção (STARFIELD, 2002. p. 221). Para além da barreira de acesso, a constituição do clínico geral da atenção básica (entendido aqui de modo amplo, en-

³ Outra estratégia seria o atendimento pelo mesmo especialista em alguns dias da semana na própria USF (Campinas).

globando também pediatras e ginecologistas) como porta de entrada no SUS tem por objetivo que esse profissional se torne o coordenador dos cuidados ao paciente, o condutor do paciente pelo emaranhado da rede assistencial na busca da melhor opção de assistência disponível para cada tipo de necessidade. O objetivo deve ser a assunção, pelos serviços de atenção básica, da responsabilidade pela garantia da saúde e da atenção integral de sua população adscrita.

Ao objetivo de conformação de uma porta de entrada no SUS deve se integrar cuidados básicos e especializados, facilitando o acesso e melhorando a qualidade da atenção. No caso do SUS, significa que a referência ao especialista deve ser responsabilidade exclusiva do clínico de atenção básica e o agendamento e a garantia da realização da consulta prescrita devem ser responsabilidades da unidade de atenção básica/USF. Em um primeiro momento, dada a demanda reprimida, provavelmente implicará na formação de filas de espera e incorrerá na necessidade de maiores investimentos de atenção secundária. Filas de espera certamente são indesejáveis, e sua redução tem sido o alvo de recentes reformas de saúde, como por exemplo no Reino Unido, contudo, na realidade brasileira a existência de filas de espera organizadas com identificação dos tempos de espera, paradoxalmente, pode ser

considerado um primeiro indicador de organização do sistema de atenção. Com frequência, o acesso ao nível secundário é tão difícil que as esperas nem são listadas.

Os resultados da pesquisa sugerem que a constituição da atenção básica como porta de entrada do sistema de saúde, possibilitando a continuidade do cuidado e garantindo acesso à atenção adequada, depende da criação de mecanismos de integração do sistema, do aumento da

A REFERÊNCIA AO ESPECIALISTA DEVE SER
RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO CLÍNICO
DE ATENÇÃO BÁSICA E O AGENDAMENTO E
A GARANTIA DA REALIZAÇÃO DA CONSULTA
PRESCRITA DEVEM SER RESPONSABILIDADES
DA UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA

resolutividade da unidade básica e da melhor articulação com a prestação de ações com enfoque coletivo e das atividades clínicas individuais.

A mudança no modelo assistencial pretendida pelo PSF, centrada em programação de atividades para grupos de risco e na oferta organizada, confronta-se com as demandas individuais por assistência. A adequação entre respostas às necessidades individuais e coletivas é um importante 'nó' crítico da estratégia de Saú-

de da Família que necessita ser equacionado. Estratégias de acolhimento podem propiciar a desejada articulação, reduzindo barreiras de acesso percebidas pelas famílias pesquisadas e contribuindo para o estabelecimento da USF como porta de entrada/serviço de primeiro contato regular. Uma adequada formação clínica dos médicos da atenção básica e a melhor distribuição de responsabilidades entre médicos e enfermeiras são também aspectos essenciais para esta articulação, recuperando o lugar da clínica na atenção primária (FRANCO; MERHY, 1999).

É necessário redefinir os papéis das outras especialidades básicas (pediatria, gineco-obstetrícia). Nas grandes cidades, estes profissionais já estão disponíveis na rede básica e podem ocupar o papel de *gatekeeper* paralelamente ao generalista, ou poderão ser qualificados para atuar como referência em atividades de supervisão. A criação de um segundo nível de complexidade da atenção básica constituído por especialistas nas clínicas básicas e outras selecionadas conforme o perfil local de necessidades pode ser uma alternativa. O aumento da resolutividade dos casos possibilitaria a interconsulta e promoveria a constituição da USF como porta de entrada e a integração da rede de serviços de saúde. No caso de conversão de grandes unidades básicas preexistentes em locais com elevada densidade demográfica, esse segundo nível poderia ser instalado

na mesma unidade de saúde com as ESF. Para algumas doenças crônicas específicas, a exemplo dos serviços de saúde mental, poderiam ser criados serviços de atenção integral que incorporassem em uma mesma unidade diversos níveis de complexidade.

Simultaneamente à qualificação dos clínicos, a resolutividade da unidade básica deve ser ainda ampliada por meio da oferta de atendimentos de urgência de baixa complexidade e pela realização de coleta de material para exames de patologia clínica na unidade. Outra medida imprescindível, como acima mencionada, é a implantação de mecanismos que garantam a contra-referência para a unidade básica/ESF também dos serviços de emergência e pronto-atendimento que em grandes cidades deveriam ser distribuídos regionalmente, facilitando o acesso. A implantação do cartão do usuário do SUS é um possível instrumento para esta articulação.

A efetivação de porta de entrada no SUS certamente implica na inscrição de cada usuário em uma unidade de saúde. Além da adscrição territorial de clientela por local de moradia podem ser estudadas outras formas de vinculação dos usuários às unidades básicas de saúde. A adscrição domiciliar isolada dificulta a provisão de assistência para trabalhadores e trabalhadoras. É imprescindível estudar a possibilidade de inscrição individual em USF próxima aos locais de trabalho.

A constituição de um sistema integrado de serviços de saúde exige investimentos nos demais níveis de complexidade. Parte das dificuldades evidenciadas para referência esteve condicionada pela insuficiência de oferta para algumas especialidades e de disponibilidade financeira, contudo, a diversidade de resultados dos casos analisados sugerem leque de opções gerenciais e organizacionais nos limites de governabilidade dos gestores locais para maior integração. Diversas destas alternativas podem ser incentivadas pelo governo federal, permitindo-se escolhas locais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOWLING, A.; REDFEERN, J. The process of outpatient referral and care: the experiences and views of patients, their general practitioners and specialists. *British Journal General Practice* v. 50, n. 451, 2000. p. 116-20.

DELNOIJ, D.; VAN MERODE, G.; PAULUS, A.; GROENEWEGEN, P. Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? *Journal of Health Service Research and Policy*, v. 5, n. 1, 2000. p. 22-26.

ESCOREL, Sarah *et al.* Avaliação da implementação do programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília, DF: MS/SPS/DAB, 2002.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. *PSF: Contradições de um progra-*

ma destinado à mudança do modelo tecno-assistencial. (mimeo.), 1999.

GIOVANELLA, Lígia; FLEURY, Sonia. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.). *Política de Saúde: o público e privado*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996, p.177-198.

STARFIELD, Bárbara. 2002. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO/MS, 2002.

Educação permanente de profissionais de saúde mental: competências para o trabalho interdisciplinar

Permanent education of mental health professionals: competencies for
interdisciplinary work

João Paulo Lyra da Silva¹
Cláudia Mara de Melo Tavares²

RESUMO

Discutem-se algumas habilidades que envolvem a educação permanente interdisciplinar de profissionais de saúde mental. Contextualizado o problema na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS), fala-se sobre a educação permanente na construção de competências para o trabalho em saúde. Trabalha-se o conceito de interdisciplinaridade no projeto de atenção psicossocial. Conclui-se que no confronto dos problemas cotidianos, o reconhecimento da diversidade dos sujeitos e o compartilhamento do poder são os principais desafios para a formação permanente de profissionais de saúde mental e podem ter seu enfrentamento facilitado pelo desenvolvimento e reforço das habilidades de raciocínio indutivo e inteligência associativa.

DESCRITORES: *Reabilitação; Centros de Reabilitação; Relações Interprofissionais.*

ABSTRACT

The goal of this paper is to discuss some abilities in the setting of a interdisciplinary permanent education of mental health professionals. The problem is contextualized in the SUS perspective; permanent education as a tool to build competencies for health work and the interdisciplinary concept of the psychosocial attention project are explained. The conclusion is that when facing everyday problems, the recognition of subjects diversity and participation are the main challenges to the permanent formation of mental health professionals and can be facilitated by the development and reinforcement of inductive thinking abilities and associative intelligence.

DESCRIPTORS: *Rehabilitation; Rehabilitation Centers; Interprofessional Relations.*

¹ Médico psiquiatra, mestre em saúde pública, pesquisador convidado do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental (LAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
Rua Alice, 1.950
CEP 22.241-020 – Rio de Janeiro – RJ
E-mail: jplyra@ensp.fiocruz.br

² Enfermeira psiquiátrica, doutora em enfermagem, professora titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF)
Rua Tavares de Macedo, 20, A/1104
CEP 24230-211 – Niterói – RJ
E-mail: claumara@vr.microlink.com.br

INTRODUÇÃO

As mudanças no modo de produzir capitalista têm resultado em fortes impactos sobre a força de trabalho. Do fordismo à acumulação flexível, o trabalhador passa da realização de uma única tarefa à multiplicidade delas. Passa do pagamento com base na definição 'oficial' do emprego ao pagamento por um sistema detalhado de bonificações. De um alto grau de especialização de tarefas para a eliminação da demarcação das mesmas. De pouco ou nenhum a um longo treinamento no trabalho. De uma organização vertical no trabalho a uma mais horizontal. De nenhuma experiência na aprendizagem à aprendizagem no trabalho. Do disciplinamento da força de trabalho com ênfase na redução da responsabilidade do trabalhador à ênfase na co-responsabilidade do trabalhador. De nenhuma segurança no trabalho à grande segurança no emprego para os trabalhadores centrais – quase como se ele fosse perpétuo – e nenhuma segurança no trabalho e condições ruins para trabalhadores temporários (AZEVEDO, 1998).

Essas mudanças no contexto social atual por si sós já indicam a necessidade de mudança no modo de formação dos profissionais de saúde. No entanto, além delas e da conseqüente resistência a elas, vivemos um momento em que se encontram em cheque os paradigmas

científicos e se afirmam novas tecnologias assistenciais.

No campo da saúde mental o processo de Reforma Psiquiátrica questiona a função de saberes psiquiátricos, ao mesmo tempo em que a assistência tende a mudar do serviço hospitalar para os cuidados no território (AMARANTE, 1998). Território onde uma convivencialidade dos técnicos com a vida local (local que é muito mais do que o espaço físico da unidade e sua circunvizinhança)

O SUS VEM ADQUIRINDO UM PAPEL ATIVO NA REORIENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS E DOS MODOS DE CUIDAR, TRATAR E ACOMPANHAR A SAÚDE INDIVIDUAL E COLETIVA

é transformada em epicentro da assistência. Tais mudanças demandam necessárias reformulações no preparo de profissionais de saúde.

A Constituição Federal de 1988, ao falar da saúde no capítulo da Seguridade Social, consagrou o Sistema Único de Saúde (SUS) como instância deliberativa. Esse sistema descentralizado, com direção única em cada esfera de governo, deve prover atendimento integral, com prioridade para as atividades pre-

ventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, ser organizado com participação da comunidade e ter financiamento público. As leis orgânicas da saúde, complementares à Constituição, determinam a existência de instâncias colegiadas paritárias, com representação do poder público, de técnicos e da comunidade na direção do Sistema: os conselhos – permanentes e renováveis – e as conferências, periódicas.

Para a articulação entre os gestores dos três níveis de governo – municipal, estadual e federal – na negociação, regulamentação e operacionalização das políticas de saúde no âmbito da gestão do SUS foi instituída, por Resolução do Conselho Nacional de Saúde, uma Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Em reunião realizada em 18 de setembro de 2003, a CIT aprovou documento sobre política de educação e desenvolvimento para o SUS, apontando caminhos para a educação permanente em saúde por meio da criação de pólos de educação permanente em saúde (BRASIL, 2003).

Nesse documento, lê-se que o SUS vem adquirindo um papel ativo na reorientação das estratégias e dos modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva, tendo sido capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e nos modos de ensinar e aprender, por intermédio de diversos programas. Mas, lá está ainda. Só recentemente o Ministério da

Saúde assumiu a formulação das políticas orientadoras da formação, do desenvolvimento, da distribuição, da regulação e da gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil, tendo para isso criado uma secretaria específica, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – com atribuições, entre outras, de propor e formular políticas relativas à formação, ao desenvolvimento e à educação permanente dos trabalhadores de saúde em todos os níveis de escolaridade; capacitar profissionais de outras áreas, dos movimentos sociais e da população para favorecer a articulação intersetorial, incentivar a participação e o controle social no setor da saúde; e interagir com a escola básica no tocante aos conhecimentos envolvidos na saúde para a formação da consciência sanitária.

Os três eixos fundamentais definidos para tais ações são: a relação entre educação e trabalho; a mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde; e a produção e disseminação de conhecimento. Propõe-se, então, neste documento, a adoção da educação permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, tendo como estratégia operacional a cooperação técnica, financeira e operacional com os estados e municípios, instituições de

ensino, organizações dos movimentos sociais e outras entidades.

Assim, o fortalecimento do SUS desafia o aparato formador a melhor contribuir na reforma do ensino e das práticas na área da saúde. Não é mais possível que as universidades formem profissionais distantes da realidade dos serviços públicos de saúde. Impõe-se como desafio que o sistema formador incorpore o mundo do trabalho como eixo produtor de conhecimentos e definidor de de-

AS REFORMAS EDUCACIONAIS NO BRASIL,
COMO EM DIVERSOS PAÍSES, EVIDENCIAM A
BUSCA DE FORMALIZAÇÃO DE UMA PEDAGOGIA
DAS COMPETÊNCIAS, A FIM DE SUPERAR
O ENFOQUE DESCONTEXTUALIZADO
E DISCIPLINAR DO ENSINO

mandas educacionais, de modo que as experiências do trabalho passem a ser o ponto de partida para a análise crítica e a tomada de decisões em saúde (CARVALHO; MOTTA, 2003).

A estratégia tradicional de formação universitária, intramuros, centrada na doença e nas ciências básicas, precisa ser transposta, buscando-se na rede de serviços públicos novos espaços para a formação profissional, valorizando-se os aspectos de promoção da saúde e de

prevenção de danos. No entanto, a fundamentação teórico-metodológica e a prática docente ainda são fortemente influenciadas por abordagens tradicionais de ensino-aprendizagem, o que torna urgente a necessidade de se equacionar o treinamento, a capacitação docente e o desenvolvimento de pesquisas que sustentem novas práticas.

Já no serviço, como antes exposto, a reorientação da política de recursos humanos no atual sistema de saúde aponta para a necessidade de qualificação de profissionais frente às ações concretas do mundo do trabalho.

As reformas educacionais no Brasil, como em diversos países, evidenciam a busca de formalização de uma pedagogia das competências, a fim de superar o enfoque descontextualizado e disciplinar do ensino, com base na transmissão de conhecimentos específicos. A preparação do trabalhador, segundo Ramos (2001), passou a exigir processos educativos mais amplos e problematizadores, que visem o desenvolvimento de conhecimentos de caráter global, indo além da aquisição formal de conhecimentos acadêmicos, construindo saberes a partir das experiências vividas no trabalho, na escola e na vida.

Deluiz (2001) destaca a importância de ampliar a qualificação dos trabalhadores em saúde, tanto na dimensão técnica especializada, quanto na dimensão ético-política,

comunicacional e de inter-relações pessoais, para que eles possam participar como sujeitos integrais no mundo do trabalho, o que reforça a necessidade de modelos de formação baseados em competências profissionais.

Trabalharemos, aqui, com a noção de que competência é um conjunto de conhecimentos ou saberes; habilidades, mais que o reflexo da simples atuação física, são consideradas noções inerentes à prática do trabalho; e atitudes são noções relativas à sabedoria da pessoa, feição intrínseca a um trabalho ético e de qualidade, realizado por meio da cooperação, solidariedade e participação na tomada de decisões. As competências sempre se manifestam por comportamentos observáveis, e trazem implícitos os conhecimentos tecnológicos, as bases científicas e instrumentais dessas tecnologias e as atitudes e valores inerentes à realização do trabalho.

No campo da formação permanente em saúde mental, destaca-se que treinamento em habilidades perceptivas como raciocínio indutivo e inteligência associativa, em um ambiente multidisciplinar (BUGGE *et al.*, 1999), associados a uma adequada apropriação do conceito de interdisciplinaridade devem estar no centro da formação profissional na perspectiva territorial ou comunitária. O processo seria desenvolver-se a capacidade de construir conhecimentos novos por meio de situações ob-

servadas na realidade, na convivência, desencadeando um processo de ação-reflexão-ação e a construção de uma prática interdisciplinar.

A partir de Primi e colaboradores (2001), podemos observar, no que se refere aos processos cognitivos, a distinção entre uma inteligência cristalizada, a qual prioriza o conhecimento, e uma inteligência fluida, a qual prioriza o processamento desses conhecimentos. A primeira é mais ligada à informação ou ao acervo de

À INTELIGÊNCIA ASSOCIATIVA SERIA UM DOS ASPECTOS DA INTELIGÊNCIA FLUIDA, CHAVE PARA A INCORPORAÇÃO DA INTERDISCIPLINARIDADE

conhecimentos. A segunda, a seu processamento como o de relacionar idéias complexas, formar conceitos abstratos e deduzir, ou

às operações mentais realizadas quando se resolvem problemas relativamente novos, para os quais existem poucos conhecimentos previamente memorizados. Esta capacidade implica na criação de estratégias a partir da organização das informações disponíveis na situação e da reorganização de esquemas disponíveis em nosso estoque de conhecimentos

No desenvolvimento da inteligência fluida, em processos educativos mais amplos e problematizadores, de ação-reflexão-ação, e na construção de uma prática interdisciplinar estaria a possibilidade de se melhor utilizar o raciocínio indutivo. A inteligência associativa seria um dos aspectos da inteligência fluida, chave para a incorporação da interdisciplinaridade.

ASPECTOS CRÍTICOS DA FORMAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL

Vivemos hoje um processo de esgotamento de um caminho e de busca de alternativas. Evitando-se a adoção de um modelo de formação, são muitos os movimentos e processos de mudança e as experiências em andamento, com vista à construção de uma educação crítica.

Novas tecnologias de informação e comunicação e rápidas mudanças no conhecimento impõem os conceitos de rede, integração e educação permanente ao ambiente de flexibilidade. Os mecanismos de educação devem ser condizentes com tais transformações.

Considerando essa pretensão, é fundamental o desenvolvimento de uma visão sistêmica da formação, mediada por uma prática integradora, que busque aproximação e interação entre diferentes áreas de conhecimentos, projetos, atores e segmentos sociais.

A formação do profissional de saúde tem sido amplamente debatida no cenário nacional e muitos problemas já foram identificados, entre os quais destaca-se o distanciamento da aprendizagem do contexto social, estando sempre presentes nesses debates a necessidade imperiosa de se construir esquemas integralizadores e de linhas de ação compatíveis com a realidade de saúde do país.

É preciso considerar que processos profundos de mudança na formação educacional são complexos. Envolve mudanças de conceitos, de postura, de lugares e de relações institucionais, levando ao enfrentamento de conhecimentos e valores cristalizados, hegemônicos, para a construção de alternativas que não estão dadas. São processos que implicam conflitos, pressões e confrontações permanentes e que estão sob risco o tempo todo (FEUERWERKER, 2002).

Na área de saúde mental, a Reforma Psiquiátrica apontou a necessidade de mudança na formação profissional, colocando o próprio campo de saber psiquiátrico em questão e lançando o desafio profissional de repensar as relações entre conhecimento e objeto, sem deixar de alertar para a complexidade dessa relação, problematizando a própria naturalização da noção de doença (AMARANTE, 2003).

Surgem assim novas tendências em relação ao trabalho em saúde mental, este se torna mais interdisciplinar, indeterminado, complexo, flexibilizado, crítico, singular e criativo. O profissional de saúde mental estabelece relações com outras práticas sociais, num processo de interdisciplinaridade e intersectorialidade¹ com o propósito de alcançar a integralidade do cuidado em saúde. A natureza deste trabalho reveste-se de imprevisibilidade, em

É PRECISO CONSIDERAR
QUE PROCESSOS PROFUNDOS
DE MUDANÇA NA FORMAÇÃO
EDUCACIONAL SÃO COMPLEXOS.

que o trabalhador não só tem que fazer escolhas, mas criar soluções individuais ou coletivas para enfrentar problemas postos pelo cotidiano da atenção psicossocial, ampliando-se as operações mentais e cognitivas envolvidas nas atividades.

Para tanto é necessário desenvolver diferentes níveis de competên-

cias. Tomando-se como parâmetro a Resolução n.4, de 8/12/1999, citada por Deluiz (2001), destacamos como competências necessárias nesse campo profissional: competências comunicativas – capacidade de expressão e comunicação, desenvolvendo a prática do diálogo, o exercício da negociação e a comunicação interpessoal; competências pessoais – capacidade de assumir a responsabilidade sobre o trabalho, de tomar a iniciativa, de aprender, de ter abertura às mudanças, de desenvolver auto-estima; competências de cuidado – capacidade de interagir com o paciente levando em consideração suas necessidades e escolhas, valorizando a autonomia que este tem para assumir sua própria saúde, a partir da concepção de saúde como qualidade de vida; competências sociopolíticas – capacidade de refletir sobre a esfera do mundo do trabalho, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho, de ter autonomia de ação e compromisso social, e de desenvolver o exercício da cidadania.

É importante ressaltar que, no caso da saúde mental, tais competências estão sendo desenvolvidas nos novos serviços de atenção psicossocial, servindo como parâmetro de ajuste da lógica de formação, ou seja, não são meras conjecturas teó-

¹ Intersetorialidade é aqui entendida como a possibilidade de integração e de trabalho conjunto de diversos setores de um organismo, ou de vários organismos, de modo que possam funcionar em sinergia na gestão pública de um território bem definido, agindo sobre a realidade sob a lógica de problemas prioritários, definidos de forma democrática (REDE UNIDA, 2002).

ricas, mas valores práticos. Como em muitas experiências de transformação do processo de formação profissional permanente, a participação dos atores dos serviços, da comunidade e da academia na definição de novos saberes e habilidades a serem desenvolvidos pelo profissional tem sido essencial para que se revelem novas competências e para que novas práticas (para responder aos novos problemas) sejam construídas. E essas novas práticas incluem uma nova tecnologia no planejamento e na construção de conhecimentos e objetivos educacionais, agora não mais como objeto exclusivo da prática acadêmica.

Segundo Vaz (1999), o atual modelo de formação das escolas médicas não corresponde às necessidades colocadas pelos pacientes, presumindo-se que a principal qualidade dos profissionais deveria ser medida pela sua capacidade de resolver problemas de saúde, o que requereria sua competência para realizar uma clínica ampliada.

Compreendemos o conceito de Clínica Ampliada como uma reformulação de concepções tradicionais sobre a atenção e seu objeto (ROTELLI, 1990; DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991; GOLDBERG, 1994; AMARANTE, 2003; CAMPOS, 2003), como um trabalho na invenção de dispositivos de ação e intervenção para além das técnicas ou das atividades terapêuticas *stricto sensu*, como uma clínica de ações elaboradas em grupos, seto-

res da coletividade, movimentos sociais, instituições, e ações construídas junto com os usuários em sua condição de sujeitos, seja enquanto indivíduos, grupos, famílias, casais, instituições, ou movimentos sociais, e na forma – momento ou espaço – como possam produzir interlocução na assistência e com a mesma. Uma reformulação de conceitos que exige do serviço a possibilidade de arquitetar intervenções técnicas múltiplas e variadas – como

TRABALHAR LEVANDO-SE EM CONTA OS
PROBLEMAS OU A PROBLEMATIZAÇÃO TEM
OCASIONADO A BUSCA DE CAMINHOS QUE
VIABILIZAM A ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR
DAS QUESTÕES LEVANTADAS

psicoterapias, processos de análise de demandas, oficinas de expressão e/ ou produção de potencialidades corporais, plásticas, musicais, orientação vocacional, atendimento psicopedagógico, atendimento psicofarmacoterapêutico, acompanhamentos terapêuticos, atendimentos em torno de temáticas específicas como violência doméstica, adoção, psico-oncologia, adolescência, terceira idade, violência institucionalizada – articuladas em parcerias

com outras instituições de saúde, educacionais, jurídicas, assistenciais. A idéia é de que a assistência vá ao encontro da existência que sofre, a fim de criar momentos e espaços de garantia para a produção de vida.

Nesses espaços de práticas, vários projetos encontraram nas metodologias baseadas na concepção pedagógica crítico-reflexiva, especialmente a problematização, um instrumental adequado para articular a ação dos diferentes atores sobre os problemas da realidade.

Trabalhar levando-se em conta os problemas ou a problematização tem ocasionado a busca de caminhos que viabilizam a abordagem interdisciplinar das questões levantadas. Trabalhar sobre problemas também tem aberto espaço para tratar de maneira mais integral temas e conteúdos, aumentando a chance de escapar das concepções reducionistas (LÜCK, 1994), biologicistas, psicologizantes ou sociológicas.

Ao desenvolver a formação profissional nos serviços de saúde mental da rede pública de atenção, ampliam-se as alianças estratégicas entre serviço-universidade para o desenvolvimento de um trabalho integrado, fortalecendo e ampliando conhecimentos e seu espaço de atuação. A troca permanente de informações e experiências na área de formação e o aprimoramento de recursos humanos para o setor saúde são ativadas por meio de um ensi-

no baseado na construção compartilhada do conhecimento.

A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAL EM SAÚDE E A INTERDISCIPLINARIDADE

A evocação do trabalho interdisciplinar é antiga, contudo sua adoção ainda se faz, e cada vez mais, necessária no campo da atenção à saúde mental, tendo em vista a complexidade do processo do adoecer humano e a ampliação do seu campo de interdependência. O mundo não é feito de coisas isoladas, existe uma complementariedade de dimensões. A compreensão desse mundo exige uma visão da realidade que transcenda os limites disciplinares.

Japiassu (1976) define a disciplinaridade como um conjunto sistemático e organizado de conhecimentos com características próprias nas distintas áreas de ensino, método etc., cuja exploração conduz a novos conhecimentos que substituem os antigos. Para este autor, a interdisciplinaridade busca a superação das fronteiras disciplinares. Podendo-se construí-la pela definição do que as disciplinas científicas têm em comum em níveis de integração mais profundos, seja pela unificação ou síntese de conhecimentos científicos ou pelo estabelecimento de uma linguagem interdisciplinar consensualmente construída entre os cientistas. Observa-se uma troca profunda entre disciplinas, em que os instrumen-

tos, métodos e esquemas conceituais podem vir a ser integrados.

Almeida Filho (1997) apresenta um esquema conceitual que transcende à questão disciplinar. Para ele, há a multidisciplinaridade, um conjunto de disciplinas que se agrupam em torno de um dado tema, desenvolvendo investigações e análises isoladas por diferentes especialistas, sem que se estabeleçam relações conceituais ou metodológicas entre elas. Corresponde à estratégia mais

O MUNDO NÃO É
FEITO DE COISAS
ISOLADAS, EXISTE UMA
COMPLEMENTARIEDADE
DE DIMENSÕES

limitada, pois continuam a se reproduzir práticas fragmentadas da ciência normal, ainda que se avance na incorporação de múltiplas dimensões de um problema. A interdisciplinaridade seria a reunião de diferentes disciplinas articuladas em torno de uma mesma temática com diferentes níveis de integração, desde uma cooperação de complementariedade sem articulações axiomáticas ou preponderância de uma disciplina sobre as demais (pluridisci-

plinaridade), passando pela preponderância de uma delas sobre as demais com ou sem uma axiomática comum (denominadas respectivamente como interdisciplinaridade estrutural ou auxiliar). E a transdisciplinaridade corresponderia a uma radicalização da interdisciplinaridade, pela articulação de um amplo conjunto de disciplinas em torno de um campo teórico e operacional particular, sobre a base de uma axiomática comum e envolvendo um sistema de disciplinas articuladas em diferentes níveis, cuja coordenação se daria pelas finalidades e axiomática comuns. Esse tipo de integração possibilita o desenvolvimento de teorias e conceitos transdisciplinares, cuja aplicação é compartilhada por diferentes disciplinas e abordagens que atuam num campo teórico e operacional.

Interdisciplinaridade, portanto, é um conceito que se aplica às ciências, à produção do conhecimento e ao ensino. Se as pesquisas, para produzirem as respostas necessárias, têm de ser construídas interdisciplinarmente, o mesmo deve se aplicar ao processo de ensino-aprendizagem.

Como afirma Nunes (2002), a interdisciplinaridade é um projeto que atravessa indistintamente todas as áreas do conhecimento, em especial a área de saúde. Havendo nas práticas interdisciplinares um espaço privilegiado para repensar teorias, inovar as formas de pensar a saúde, a doença e a prestação de servi-

ços e se concretizar num movimento que aglutine o saber e os sujeitos desse saber.

No campo da saúde mental, a interdisciplinaridade coloca-se como um desafio prático frente à gama de corporações profissionais envolvidas no desenvolvimento de ações de atenção psicossocial. A experiência de integração entre diversos profissionais permite o exercício do pensamento complexo, capaz de sustentar epistemologicamente o novo paradigma da atenção psicossocial. De modo que a complexidade e a reforma do pensamento são elementos constitutivos da formação do futuro profissional de saúde.

O projeto de atenção psicossocial incorpora a interdisciplinaridade como exigência do cuidado, o qual enfoca a pessoa em sofrimento, nossa vida e fragilidade, enfim. Está em pauta a necessidade de construir vínculos, de acolher o sofrimento, de construir uma prática criativa, solidária e saber transitar por um conhecimento ecocêntrico, complexo, multidimensional, que privilegie o intercâmbio entre vida e idéias (OLIVEIRA; SILVA, 2000).

A possibilidade de uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença e a complexidade do objeto de trabalho em saúde mental passa necessariamente por uma abordagem interdisciplinar, que implique na demolição das fronteiras entre as diferentes disciplinas e modos de abordagens.

Cada vez mais se diferencia e amplia o campo de saber em saúde mental. O fazer profissional demanda conhecimentos diversos que, sob distintas perspectivas, coexistem, na busca de integrar o homem em suas várias dimensões como, por exemplo, biológica, política, social, filosófica, religiosa. A razão, a emoção, a quantidade, a qualidade, o técnico, o ético, o estético, o econômico, o político, o cultural e o científico convivem como saberes que

NA PRÁTICA INTERDISCIPLINAR
EM SAÚDE MENTAL, CADA
PROFISSIONAL DESENVOLVE SUA
AÇÃO E SABER COMPARTILHADOS
COM OUTROS PROFISSIONAIS

se diferenciam. Diferenciam-se, mas se inter-relacionam na tentativa de apontar caminhos que possibilitem a compreensão do sujeito em sofrimento psíquico e, sobretudo, o respeito à sua dignidade.

Na prática interdisciplinar em saúde mental, cada profissional desenvolve sua ação e saber compartilhados com outros profissionais, sendo todos autores e atores de um projeto coletivo. Neste tipo de trabalho, a competência de cada profissional

fica diluída, uma vez que as especificidades profissionais não são 'identidades' a serem defendidas, mas instrumentos de ação que se transformam a partir do agir cotidiano, de novos conhecimentos e das interações sociais (OLIVEIRA; SILVA, 2000).

Busca-se na prática em saúde mental a superação das fronteiras disciplinares, através da definição do que as diferentes profissões têm em comum em níveis de integração mais profundos, através da unificação ou síntese de conhecimentos científicos ou do estabelecimento de uma nova linguagem consensualmente construída entre os profissionais.

FORMAR, NA PERSPECTIVA DA
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O fracasso de experiências de Reforma Psiquiátrica, nas quais criou-se um grande número de serviços alternativos ao hospital, se deveu ao fato de esses serviços não terem sido embasados em profundo desmonte de valores inerentes aos procedimentos, idéias e protocolos de ação, metas e métodos, estilos do trabalho dos profissionais; não terem representado uma inserção em novas práticas discursivas que incluam uma contratualidade social, legal e existencial dos usuários totalmente diferente da antes existente, e uma ética de responsabilização por parte dos profissionais que tivesse excluído o reductionismo biológico, psicológico e sociológico do problema (ROTELLI, 1993).

As duas primeiras Conferências Nacionais de Saúde Mental apontam para um modo psicossocial de atenção a ser alcançado, que combinaria quatro parâmetros (COSTA-ROSA; LUZIO; YASSUI, 2001): implicação subjetiva do usuário; horizontalização das formas de organização das relações intra-institucionais; integração das ações no território e superação da ética da adaptação. Tal modo seria exequível nos dispositivos construídos pelas práticas de atenção psicossocial (COSTA-ROSA; LUZIO; YASSUI, 2001).

Na III Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 2001, o debate principal se deu em torno do eixo temático de reorientação do Modelo Assistencial. Foram indicados como subtemas: recursos humanos, financiamento, controle social e direitos e acesso à cidadania.

Enumeramos, a seguir, os pontos de partida para as discussões:

Entendeu-se a Reforma Psiquiátrica como transformação em política pública comprometida com a melhoria das condições de vida; a garantia de direitos de cidadania; a redução das desigualdades sociais e o enfrentamento da exclusão social.

Reconheceu-se que, embora venha se delineando uma tendência à redução no número de leitos e de hospitais psiquiátricos, permaneciam, no final de 2001, mais de 61.000 leitos em 260 hospitais psiquiátricos no país – 80% destes leitos alocados no setor privado con-

tratado. A permanência desses leitos e a implantação dos serviços ditos substitutivos não impediam a existência de camadas significativas da população sem acesso à atenção psiquiátrica e em saúde mental, sendo que muitas pessoas com transtornos mentais se encontravam em graves situações de abandono ou, ainda, em situações de institucionalização nas próprias casas. Mas garantia, auxiliada pela ausência ou fragilidade de laços sociais e pela

CONSTATOU-SE A
NECESSIDADE DE
REDIRECIONAMENTO DE
RECURSOS PARA A
IMPLEMENTAÇÃO DE REDES
MUNICIPAIS DE ATENÇÃO

ausência ou insuficiência de processos de reabilitação psicossocial, a presença de mais de 20.000 pessoas institucionalizadas há mais de um ano, à época, no país.

Constatou-se a necessidade de redirecionamento de recursos para a implementação de redes municipais de atenção, assim como de projetos e ações que viabilizassem: o fortalecimento do poder contratual dos usuários; o acesso aos direitos; a ampliação das redes sociais e de

suporte; e a efetiva participação na vida pública.

Propuseram-se projetos e ações, tais como bolsas para as pessoas desinstitucionalizadas de longo tempo de internação; acesso efetivo às iniciativas educacionais e culturais e programas de formação e capacitação para o trabalho.

Avaliou-se que no panorama da reforma psiquiátrica, apesar de muitas iniciativas existentes, o modelo tradicional permanecia hegemônico, situação que podia ser expressa fosse pela capacidade instalada, ou quando se verificava o total de gastos com transtornos mentais na rede hospitalar. Tal realidade estava em dissonância com as necessidades da demanda, as diversas experiências municipais já desenvolvidas que demonstraram a viabilidade de outra forma de atenção, da ampliação do movimento social, do arcabouço legal das leis estaduais e municipais e da promulgação da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Havia necessidade de aprofundar diversas temáticas neste tópico, como, por exemplo, a atenção às pessoas envolvidas com abuso ou dependência de substâncias psicoativas, a atenção à população em situação de rua, a atenção à criança e ao adolescente e aos idosos.

Afirmou-se a meta de transformar o modelo atual, consolidando a implementação, no contexto do SUS, de um modelo de atenção em saúde mental totalmente substituti-

vo ao manicomial, que fosse humano, eficaz, de amplo acesso, de qualidade, cidadão e com controle social. Para tanto, urgia a necessidade de que fossem desenvolvidos programas de desinstitucionalização das pessoas há longo tempo internadas, com garantia do acesso, acolhimento, responsabilização, produção de novas formas de cuidado do sofrimento, com vista aos processos de autonomia, construção dos direitos de cidadania e de novas possibilidades de vida para todos.

Pedia-se definição para questões relacionadas aos recursos humanos, como as características, conhecimentos e práticas dos técnicos necessários à construção do novo modelo assistencial e a articulação entre ensino, pesquisa e assistência na rede de cuidados.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental determinou, em resposta, a elaboração de uma política de recursos humanos com as seguintes diretrizes para a formação dos trabalhadores em Saúde Mental: capacitar e qualificar continuamente por meio de fóruns e dispositivos permanentes de construção teórica, científica, prática terapêutica e de intercâmbio entre serviços; democratizar as relações e as discussões; investir na implementação das novas tecnologias de educação, informação e comunicação; romper com os 'especialismos' por intermédio do trabalho interdisciplinar e multiprofissional, inculcando uma visão inte-

gral e não-fragmentada da saúde; estimular o trabalho intersetorial, e a integração e o diálogo do saber científico convencional com os saberes populares.

Em que pesem as claras indicações de mudanças nas políticas de Recursos Humanos, não há uma prescrição clara do conteúdo ou de competências mais específicas a serem esperadas dos técnicos trabalhadores em Saúde Mental. Não se esclarece, a partir das discussões e

CONSTRUIR UMA
FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR
REPRESENTA ASSOCIAR
SENTIDO AO SABER,
CRIATIVIDADE À RAZÃO

definições das Conferências de Saúde Mental quais as competências específicas do profissional de Saúde Mental para que se habilite a realizar profundo desmonte de valores; a inserção em novas práticas discursivas totalmente diferentes das já existentes e uma ética que exclua os reducionismos.

Para enfrentar a falta de definição, no âmbito das políticas educacionais, de outras competências que não vinham sendo desenvolvidas

pelos profissionais de saúde mental que trabalhariam anteriormente apenas no ambiente hospitalar, Bugge (1999) identificou como habilidades comuns a profissionais de diferentes formações necessárias ao ambiente de trabalho comunitário: comunicação, inter-relacionamento, desenvolvimento de autonomia, avaliação e aconselhamento. O desenvolvimento de tais competências pode ser abarcado pelo conjunto de profissionais de saúde mental sem ferir as habilidades específicas que possuam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora exista já um grande acúmulo de idéias na discussão teórico-conceitual sobre aspectos acerca das mudanças desejáveis na formação do profissional de saúde mental, falta ainda maior definição sobre o processos de implementação de tais mudanças e as competências a serem alcançadas.

No confronto com os problemas cotidianos, o reconhecimento da diversidade dos sujeitos e o compartilhamento do poder são os principais desafios para a formação de profissionais em saúde mental numa perspectiva interdisciplinar.

Construir uma formação interdisciplinar representa associar sentido ao saber, criatividade à razão; unir disciplinas e concepções diversas; reconhecer parcerias, interagir com diferentes culturas e ampliar continuamente as formas de participação.

Para tal, é importante desenvolver competências básicas, comunicativas, pessoais, de cuidado e sociopolíticas, e neste desenvolvimento de competências na construção de uma prática interdisciplinar são fundamentais as habilidades como inteligência associativa e raciocínio indutivo.

Sabemos que tudo isto não é um objetivo facilmente alcançável. A definição do raciocínio indutivo e da inteligência associativa como habilidades fundamentais já é um avanço neste sentido. Faz-se necessário, porém, o estabelecimento de uma definição mais clara dos mecanismos para implementar seu treinamento e avaliação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA FILHO, Naomar. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1/2, 1997.
- AMARANTE, Paulo (Org.). *Loucos pela vida*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.
- _____. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo (Coord.). *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.
- AZEVEDO, Mario Luiz. A teoria do capital humano. Disponível em: <http://www.aden.org.br/revista_ateoriadocapitalhumano.htm>. Acesso em: 15 set. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Cuidar, sim. Excluir, não. Caderno Informativo. Brasília, DF: Coordenação de Saúde Mental, Assessoria Técnica, Secretaria de Assistência à Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS Caminhos para a Educação Permanente em Saúde Pólos de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF: Departamento de Gestão e da Educação na Saúde, Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.
- BUGGE, Carol; SMITH, L. N.; SHANLEY E. A descriptive survey to identify the perceived skills and community skill requirements of mental health staff. *Journal of Advanced Nursing*, v. 29, n. 1, 1999. p. 218-228.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Saúde de paidea*. São Paulo: HUCITEC, 2003.
- CARVALHO, Maria Alice; MOTTA, José Inácio. *Currículo baseado em competência na área de saúde pública: avaliando uma proposta metodológica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. (mimeo).
- COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, C. A.; YASUI, Silvio. As conferências nacionais de saúde e as premissas do modo psicossocial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, 2001. p. 12-25.
- DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise In: DELGADO, Jaques (Org.) *A loucura na sala de jantar*. Santos, SP: edição própria, 1991.
- DELUIZ, Neise. Qualificação, competência e certificação: visão do mundo do trabalho. In: *Formação/Ministério da Saúde*. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. Brasília, DF: v. 1, n. 2, 2001. p. 5-15.
- FEUERWERKER, Laura. *Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília*. São Paulo: HUCITEC, 2002.
- GOLDBERG, J. *Clínica da psicose um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corà, 1994.
- JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- LÜCK, H. *Pedagogia interdisciplinar: fundamentos teórico-metodológicos*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1994.
- NUNES, Everardo. Interdisciplinaridade: conjugar saberes. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, set./dez., 2002. p. 249-258.
- OLIVEIRA, F.; SILVA, A. Enfermagem em saúde mental no contexto da reabilitação psicossocial e da interdisciplinaridade. *R. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 53, n. 4, out./dez., 2000. p. 584-592.
- PRIMI, R. *et al.* Competências e Habilidades Cognitivas: Diferentes Definições dos Mesmos Construtos *Psic.: Teor. e Pesq.* Brasília, DF, v. 17, n. 2, maio/ago. 2001.
- RAMOS, Marise. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. In: *Formação/Ministério*

da Saúde. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. Brasília, DF, v. 1, n. 2, p.17-26, 2001.

REDE UNIDA. Intersetorialidade e Formação dos Profissionais de Saúde. In *2º Fórum de Debates da Rede UNIDA & OPAS/RH Grupo Temático 3*. 2002. Disponível em <<http://www.redeunida.org.br/forum/grupo3-desc-compl.asp>>. Acesso em 22 out. 2003.

ROTELLI, Franco *et al.* Desinstitucionalização In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). São Paulo: HUCITEC, 1990.

ROTELLI, Franco. 8 + 8 principi per una Strategia di Psichiatria Comunitária, Collettiva, Territoriale (versus Salute Mentale). In: Per la normalità – Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma scritti 1967 – 1998 – Trieste: Scienza Nuova, Asterios Editore, 1999. Disponível em: http://www.exclusion.net/images/pdf/47_pucaf_8+8_it.pdf. Acesso em: 29 ago. 2002.

VAZ, Zeferino. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan./mar., 1999.

XAVIER, Caco. Formação profissional em saúde. *RADIS: comunicação em saúde*, Rio de Janeiro, n. 3, out., 2002, p. 10-17.

Trabalho em Saúde: quem implementa o Sistema Único de Saúde no hospital universitário conhece sua filosofia?*

Work in Health: do those who make the Unique Health System work in the university hospital know its philosophy?

Islândia Maria Carvalho de Sousa¹
Adriana Falangola Benjamin Bezerra²
Ana Paula de Oliveira Marques³

¹ Enfermeira, mestranda em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) Rua Dick, 05
CEP 21240-800 – Rio de Janeiro – RJ
e-mail: ismcs@hotmail.com

² Nutricionista, doutoranda em Nutrição em Saúde Pública da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), mestre em Saúde Pública, professora assistente do Departamento de Medicina Social da UFPE, especialista em Saúde Pública.
e-mail: afalangola@uol.com.br

³ Nutricionista, doutoranda em Nutrição em Saúde Pública pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), mestre em Saúde Pública, professora assistente do Departamento de Medicina Social da UFPE, especialista em Gerontologia
e-mail: apmarques@hotmail.com

* Projeto financiado pelo Programa de Bolsas de Iniciação Científica-PIBIC-CNPq-UFPE

RESUMO

Objetiva-se identificar a percepção que os profissionais de saúde do hospital universitário têm acerca dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de estudo descritivo com uma abordagem qualitativa. Dos princípios e diretrizes, a integralidade e o controle social não foram citados. Os maiores problemas identificados pelos profissionais foram o sucateamento, a desorganização no hospital e a desumanização no atendimento. Como estratégias de intervenção prioritárias foram referidos o financiamento e a capacitação de pessoal. Conclui-se que é necessário a criação de um espaço na instituição para que através de uma construção crítica participativa, os profissionais possam, na condição de agentes ativos, contribuir para que o hospital cumpra com sua missão institucional no contexto do SUS.

DESCRITORES: SUS; Pessoal de Saúde; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The purpose is to identify the perception that the health professionals are concerned about the National Health System (SUS). Descriptive study with a qualitative approach. The principles and guidelines and the social control have not been mentioned. The main problems identified by the professionals was the lack of adequate materials, disorganization at the hospital and de-humanization in the assistance. As priority intervention strategies, the financing and personal qualification were mentioned. It has been concluded that it is necessary to create a space in the institution so that through the participating critical construction, the professionals may, as active agents, contribute, so that the hospital fulfills its institutional goal within the Unified Health System's context

DESCRIPTORS: SUS; Health Personnel; Health Services.

INTRODUÇÃO

Em vias da realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em um cenário de globalização e neoliberalismo é imperativo a retomada da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). É hora de refletirmos sobre quem implementa as resoluções das Conferências para fortalecermos o controle social e para que possamos garantir que os princípios e as diretrizes do SUS sejam efetivados.

Muitos são os desafios que têm norteado as ações de saúde no Brasil. Desde a transformação de um sistema médico privatista, em que o acesso à saúde era permitido apenas aos trabalhadores urbanos (com carteira de trabalho assinada) e a seus familiares, até a universalização da assistência.

Além de universalizar a assistência, o sistema torna todo usuário um agente no seu funcionamento através dos conselhos de saúde, tendo assim o trabalhador de saúde responsabilidade como usuário e como profissional. É preciso que este profissional conheça a filosofia do sistema que operacionaliza, para que possa defender e lutar por ele.

Contudo na prática, a contratação de servidores públicos é feita através de concursos, que não conferem ao contratado conhecimentos específicos sobre o sistema em que ele irá atuar. O acesso não prevê treinamento e/ou capacitação direcio-

nada, inviabilizando uma reflexão por parte desse profissional sobre os paradigmas do SUS. Entretanto, este profissional é responsável em fazer o sistema funcionar.

O trabalhador de saúde é um ponto-chave para a implementação do SUS, é ele que dá vida ao sistema, através dele o projeto passa a ser sentido pela população. À medida que exerce sua função, o sistema de saúde passa do aspecto teórico-conceitual para a prática da atenção.

AS NECESSIDADES DE MUDANÇA PARA MELHORAR O DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE VÊM SENDO DEBATIDAS HÁ MUITO TEMPO

O profissional de saúde busca e deve ser reconhecido como 'agente ativo', superando enfoques tradicionais da administração do trabalho que o tem na conta de um 'recurso' que se agrega, a outros recursos 'não humanizados' (CAMPOS; FEKETE, 1998). Ser 'agente ativo' inclui conhecer a missão e objetivos do SUS.

As necessidades de mudança para melhorar o desempenho dos serviços de saúde vêm sendo debatidas há muito tempo. A área de re-

ursos humanos têm sido apontada como estratégica na luta por essas transformações, e sua participação é imprescindível sempre que o assunto é analisado. O aperfeiçoamento e a capacitação dos recursos humanos têm sido discutidos nas Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos, sendo respaldados por decisões de conferências estaduais e municipais (BRAGA JÚNIOR *et al.*, 1998; CECCIM *et al.*, 2002).

Entretanto, muitas vezes as resoluções das Conferências após serem aprovadas não são operacionalizadas. No que se refere aos trabalhadores em saúde as profundas transformações no mundo do trabalho, seja na sua precarização ou no aporte de novas tecnologias, tem deixado a área de trabalho em saúde mais complexa e com poucos investimentos em ações que a desenvolvam atendendo as reais necessidades do SUS.

Neste sentido, os cursos de capacitação e desenvolvimento de trabalhadores em saúde, na maioria das vezes se restringem a questões técnicas, os profissionais são pouco estimulados a discutirem o papel do sistema de saúde no qual eles estão inseridos. Não são capacitados para entender a base conceitual e filosófica do SUS.

Na assistência à saúde da população os hospitais universitários desempenham papel importante no que se refere à formação de trabalhadores em saúde. É neste campo,

muitas vezes, que grande parte dos universitários da área da saúde têm o primeiro contato com o sistema público. Ainda, atua no suporte à pesquisa e assistência de alta complexidade.

Contudo, a participação do hospital universitário na Política Nacional de Saúde ainda se dá de maneira ineficiente. A maior integração do hospital universitário ao SUS ainda constitui-se um desafio.

Neste estudo, partimos do pressuposto de que os profissionais que atuam no hospital universitário não conseguem perceber a relação de sua prática profissional no serviço, com os aspectos teóricos conceituais do SUS. O que seria de grande importância para o aperfeiçoamento da relação ensino-serviço.

Portanto, este trabalho teve como objetivo analisar a percepção dos profissionais de saúde de um hospital universitário sobre os princípios e diretrizes do SUS.

METODOLOGIA

A pesquisa configura-se como um estudo descritivo com uma abordagem qualitativa. O hospital no qual foi desenvolvido o estudo tem 345 profissionais de nível superior na condição de funcionário público e 28 prestadores de serviços. É um hospital universitário referência para procedimentos de alta complexidade e também presta assistência na atenção básica. Possui 387 leitos

para internação em diversas clínicas. Suas atividades envolvem o ensino, a pesquisa e a assistência. É campo de prática para a graduação e pós-graduação, *locus* de fundamental importância para a inserção do indivíduo no exercício cotidiano de implementação dos princípios e diretrizes da política nacional de saúde, legalmente constituída e em processo de implementação. O referido hospital foi escolhido por acreditarmos que como *locus* de for-

NESTE ESTUDO, PARTIMOS DO PRESSUPOSTO DE QUE OS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NÃO CONSEGUEM PERCEBER A RELAÇÃO DE SUA PRÁTICA PROFISSIONAL NO SERVIÇO, COM OS ASPECTOS TEÓRICOS CONCEITUAIS DO SUS

mação, seus servidores, principalmente os de nível superior que recebem estudantes das diversas áreas para estágio estivessem capacitados ou atualizados para atuar na implementação do sistema no qual estavam inseridos.

Para selecionar os entrevistados foi obtida no setor Gestão de Pessoas a relação nominal de todos os funcionários do hospital lotados por setor. Buscando construir um grupo heterogêneo, os profissionais fo-

ram separados por categoria profissional e sorteados de maneira aleatória, respeitando o número de profissionais por categoria: 153 médicos, 94 enfermeiros, 39 farmacêuticos, 9 biomédicos, 10 fisioterapeutas, 5 terapeutas ocupacionais e 16 assistentes sociais. Para o estudo foram selecionados 15 profissionais: 5 médicos, 4 enfermeiras, 1 farmacêutica, 1 biomédica, 1 fisioterapeuta, 1 terapeuta ocupacional e 1 assistente social.

Os critérios de exclusão foram: ser prestador de serviço, estar de férias ou licença e estar fora de função. Houve substituição de caso em virtude da negação em participar do estudo e por ausência justificada (congresso, afastamento para cursos).

Para a adequação do instrumento de coleta de dados foi realizado um teste piloto com cinco casos. Elaborou-se inicialmente um roteiro de entrevista com três perguntas abertas:

Quais os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde?

Quais os entraves encontrados para sua implementação?

Quais as mudanças/investimentos necessários para a sua melhoria?

O pré-teste demonstrou, no que diz respeito aos princípios e diretrizes, que a maioria relatava não ter sido capacitada e diziam não saber responder, demonstrando estar pouco a vontade para falar sobre o assunto.

O formulário foi reestruturado, passando a ser semi-estruturado com perguntas abertas e fechadas. Na caracterização dos profissionais foram coletadas informações sobre sexo, categoria profissional e tempo na função atual.

As perguntas abertas foram:

Como trabalhador deste hospital você foi treinado/capacitado sobre os princípios e diretrizes do SUS?

O SUS tem como princípios a equidade, a universalidade e a integralidade, e como diretrizes a descentralização, o financiamento e o controle social. Qual sua opinião sobre estes princípios e diretrizes correlacionando com a sua prática?

Foi utilizado um gravador para posterior análise das respostas.

As perguntas fechadas apresentavam alternativas de respostas baseadas no teste piloto:

Existem críticas em relação ao SUS apoiadas em várias questões. Na sua opinião o que mais contribui para essas críticas considerando a sua prática de trabalho no hospital, em ordem de prioridade?

Para melhoria do Sistema Único de Saúde, quais as mudanças/investimentos necessários? Indique por ordem de prioridade.

Na sua opinião qual o papel a ser desempenhado pelo hospital no contexto da Política Nacional de Saúde?

As entrevistas foram realizadas nos setores onde trabalhavam os

profissionais (ambulatórios, bloco cirúrgico, unidade de terapia intensiva, laboratórios e farmácia).

Durante as entrevistas alguns profissionais se recusaram a responder a todos os questionamentos, alegando que não se sentiam à vontade para falar sobre o assunto. Os mesmos foram sendo substituídos através de sorteio aleatório por outros profissionais da mesma categoria.

Na análise dos dados para as perguntas abertas foi elaborado um

COMO PODEMOS ESPERAR QUE ESTES PROFISSIONAIS IMPLEMENTEM O SUS SE OS MESMOS NÃO FORAM ORIENTADOS PARA CONHECER O SISTEMA DO QUAL FAZEM PARTE COMO AGENTE ATIVO NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE?

esquema de codificação de Polit e Hungler (1995), relacionado aos principais tópicos abordados que apareciam com maior frequência nas falas. Nas perguntas fechadas, uma distribuição por frequência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na caracterização dos profissionais: três eram do sexo masculino e os demais entrevistados do sexo feminino. O tempo de serviço apresen-

tou variação entre seis e 28 anos, ficando a média em dez anos.

Percebe-se que os profissionais não foram treinados/capacitados para entender a base conceitual e filosófica do SUS. Surge então uma pergunta: como podemos esperar que estes profissionais implementem o SUS se os mesmos não foram orientados para conhecer o sistema do qual fazem parte como agente ativo no processo de trabalho em saúde?

As Leis e as Normas Operacionais são o referencial jurídico-administrativo, se não há o conhecimento das mesmas, qual será o referencial?

Dos 15 entrevistados apenas um informou ter sido treinado/capacitado sobre os princípios e diretrizes do SUS. Menciona que vivenciou de perto a mudança no Sistema de Saúde:

Na época estava aquela luta se iria implantar ou não, até convencer a própria equipe (Profissional 1)

Os profissionais que não tiveram treinamento/capacitação referiam ter recebido esse conhecimento de maneira informal ou recebido na graduação. As seguintes falas são representativas das respostas obtidas:

Treinamento não recebi, a priori não saberia falar sobre os princípios do SUS, sei através da imprensa e do conhecimento do dia-a-dia mesmo (Profissional 11).

Na graduação eu tive uma disciplina que abordava o tema mas, era tão carregada, enquanto estudan-

te a gente estava preocupado em aprender outras coisas e não isso (Profissional 8).

Apesar não de terem recebido treinamento/capacitação, quando perguntados sobre os princípios e diretrizes e a relação dos mesmos com sua prática no hospital, de uma maneira geral eles não verbalizavam os princípios e diretrizes como constam na legislação, mas ao explicar sobre sua prática em serviço, algumas das falas trazem conteúdos sobre o tema:

A gente tem uma teoria destoa da prática... este hospital classificado como quaternário receberia apenas referência, isto não acontece, tem uma demanda espontânea enorme (Profissional 7).

Eu vejo o SUS como um serviço que está dando certo, está dando vez a quem não é segurado, ao trabalhador de modo geral (Profissional 1)

Agrupando as respostas, observa-se que em relação aos princípios, os mais referidos são a universalidade, seguido da equidade:

É a universalização do atendimento à população. Na verdade o SUS no momento atual realmente atende a essa diretriz, atende a todo mundo indistintamente, as condições de atendimento é que ainda deixam muito a desejar, não por conta do SUS, mas por conta da própria desestruturação dos hospitais públicos (Profissional 3).

O princípio da integralidade não aparece nas falas, demonstrando a

fragmentação do pensamento em relação à oferta de serviços. Apesar do serviço oferecer assistência básica em saúde, a cultura institucional está mais voltada para a alta complexidade, dificultando ao profissional enxergar o sistema numa perspectiva também de promoção e prevenção, ou seja, numa perspectiva integral.

Alguns dos princípios orientadores do SUS são mais visíveis, como a descentralização e a universalização.

APESAR DO SERVIÇO OFERECER ASSISTÊNCIA
BÁSICA EM SAÚDE, A CULTURA INSTITUCIONAL
ESTÁ MAIS VOLTADA PARA A ALTA COMPLEXIDADE,
DIFICULTANDO AO PROFISSIONAL ENXERGAR O
SISTEMA NUMA PERSPECTIVA TAMBÉM DE
PROMOÇÃO E PREVENÇÃO, OU SEJA,
NUMA PERSPECTIVA INTEGRAL

zação. Todavia outros estão mais distantes do cotidiano da atenção como o controle social e a integralidade, talvez o mais ausente até agora (GIOVANELLA *et al.*, 2002).

Segundo Nogueira (1997), uma característica do processo de trabalho em saúde no hospital de alta complexidade é a fragmentariedade dos atos. A assistência pontual e fragmentada – consequência do modelo biomédico – é a realidade no sistema hospitalar.

Com relação às diretrizes, a mais citada é hierarquização/regionalização, seguida do financiamento:

Ele prega também a municipalização da assistência... a gente recebe muitos pacientes, lógico que de alta complexidade, mas recebe muito paciente que poderia ser atendido no interiorzinho dele no posto de saúde (Profissional 10)

...Não há nenhuma racionalização do uso dos insumos de que o hospital dispõe... isso você vê diariamente na sua prática, isso em todos os níveis desde o uso do papel até o uso do equipamento mais sofisticado, acho que isso concorre muito para os hospitais estarem na situação em que estão (Profissional 3).

O controle social não aparece em nenhuma das falas. Provavelmente isto se deve ao fato da instituição não possuir uma instância deliberativa que permita a participação do usuário. Os próprios servidores demonstraram durante as falas insatisfação com a maneira como as decisões eram tomadas, principalmente, quando se tratava da prestação de serviços para seguros de saúde.

Outro aspecto a ser considerado é que o monopólio do saber técnico, seja médico ou de outro tipo, põe em segundo plano o saber acumulado da população trabalhadora (VALLA, 1998), dificultando a visualização por parte dos profissionais da participação social na dinâmica de funcionamento do hospital.

Há um grande despreparo dos serviços de saúde para o contato com o outro. Acontece, na verdade, um conflito de idéias, de visões de mundo que extrapola a dimensão política. Sendo assim, a percepção pelos profissionais de saúde do controle social como diretriz do SUS não se faz presente no cotidiano das relações (VALLA, 1998).

Quando perguntados: Existem críticas em relação ao SUS apoiadas em várias questões. Na sua opinião o que mais contribui para estas críticas, considerando a sua prática de trabalho no hospital? Em ordem de prioridade.

O sucateamento da estrutura física aparece como o principal problema (30%), seguido da desorganização do hospital (21%) e do atendimento desumanizado (21%), o número insuficiente de profissionais (14%), a remuneração (7%) e a baixa qualificação (7%). Os diferentes vínculos jurídicos não foram apresentados como problema prioritário.

O sucateamento tem prejudicado a qualidade da assistência, consequentemente a sua missão enquanto campo de prática e de implementação dos princípios do SUS. Percebe-se neste momento a inquietação dos servidores com suas condições de trabalho e prestação de serviços.

A desumanização na assistência tem sido foco de discussão em várias instâncias da saúde. Nas falas a desumanização estava entrelaçada com o sucateamento da estrutu-

ra do hospital, o que nos remete a uma pergunta: Como humanizar a assistência em condições desumanas de trabalho? Entretanto, vale salientar que este aspecto pode ser mais aprofundado. Até que ponto os profissionais percebem a desumanização como um aspecto do seu atendimento individual, já que eles apontam em primeiro plano o melhor financiamento para melhoria da assistência?

Na pergunta: Para a melhoria do Sistema Único de Saúde, quais as

COMO HUMANIZAR A ASSISTÊNCIA EM CONDIÇÕES DESUMANAS DE TRABALHO?

mudanças/investimentos necessários? Indique por ordem de prioridade.

O financiamento foi apontado em 51% das respostas como estratégia prioritária para a melhoria do SUS. Como segunda prioridade aparece o investimento na formação (graduação) atualização e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde para o SUS (14%) e mudanças nos princípios e diretrizes (14%). A remuneração dos profissionais, a capacitação e atualização dos Recursos Humana-

nos (RH) em serviço e o investimento na formação de gerentes aparecem como estratégias prioritárias em 7% das respostas, respectivamente.

Percebe-se maior número de respostas em ordem de prioridade dos problemas e estratégias nos itens de recursos humanos e financiamento.

Como *locus* de produção intelectual, a contribuição da Universidade é de fundamental importância para a implementação do SUS, sendo o Hospital Universitário o espaço privilegiado para práticas de modelos de gestão que atendam aos princípios e diretrizes do SUS.

Desde a institucionalização do SUS a partir da Constituição Federal de 1988, quatro questões têm sido freqüentemente realçadas como fundamentais para a sua implementação: a descentralização, o financiamento, o controle social e os recursos humanos. De todas elas, a mais complexa e que vem sofrendo o maior processo de desregulamentação dentro da política de reforma do Estado no país é a dos Recursos Humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2000).

Ao perguntar: Na sua opinião qual o papel a ser desempenhado pelo hospital no contexto da Política Nacional de Saúde? Dos entrevistados, 50% consideram que o hospital deve ser um serviço público voltado exclusivamente para o SUS.

O percentual para seguro saúde seria importante como fonte de re-

cursos, mas com certeza deixaria o SUS sem vez (Profissional 5).

O serviço privado já tem hospital demais. Privatizando, fatalmente, eu não vejo como não prejudicar o atendimento (Profissional 9).

Dos demais entrevistados, 43% responderam que o hospital deve continuar público e cobrar os procedimentos realizados em usuários de planos de saúde/convênios:

Que o hospital atenda cobrando os planos de saúde, pois os planos de saúde não pagam alguns atendimentos e os pacientes terminam vindo, mesmo com convênios.

Outros 7% não responderam.

A discussão sobre os atendimentos que os hospitais públicos realizam em pacientes/usuários que possuem seguro/convênio de saúde é antiga e já avançou no sentido da construção de propostas que viabilizem o ressarcimento pelas empresas de saúde aos serviços públicos, no entanto a efetivação da cobrança ainda não aconteceu na prática, com exceção de algumas experiências localizadas na região Sudeste do país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição de 1988 trouxe garantias no campo dos direitos sociais, as quais foram regulamentadas através das respectivas leis orgânicas e normas operacionais

básicas. No campo da atenção à saúde temos a Lei 8.080/90, a Lei 8142/90, as Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). Todo este arcabouço jurídico é de fundamental importância para que avancemos na implementação do sistema de saúde vigente no país, no entanto, o cotidiano de serviços nos mostra uma realidade que aponta para o descompasso entre a legislação e a *práxis*.

É NECESSÁRIO QUE O TRABALHO
ARTICULADO ENTRE UNIVERSIDADES E
SERVIÇOS DE SAÚDE ESTEJA PRESENTE NAS
AGENDAS POLÍTICAS NOS DOIS SETORES E
QUE ESTABELEÇAM MECANISMOS DE
COOPERAÇÃO PARA ENFRENTAR OS
PROBLEMAS DE TODOS OS TIPOS

Descompasso que poderia ser entendido pela distância entre a inércia do escrito e a dinâmica dos processos. Esta seria uma leitura correta caso a *práxis* estivesse tornando obsoleta os escritos – a legislação – mas ao contrário, ainda não conseguimos alcançar preceitos da legislação.

As 'diretrizes curriculares' propostas para os cursos da área da saúde, elucidam no seu parecer de aprovação a necessidade de serem enfatizados o conceito de saúde da

Saúde Coletiva e os princípios e diretrizes do SUS (CECCIM *et al.*, 2002). É preciso avançar para que estas propostas sejam implementadas.

A disponibilidade de recursos humanos preparados é fator indissociável da qualidade e do volume da produção em qualquer ramo da atividade, o que se aplica aos serviços de saúde. Neste sentido, é importante identificar os principais entraves à qualificação na rede de serviços, bem como, as questões referentes à integração ensino-serviço (CAMPOS, 1992).

Existe a necessidade de capacitação dos profissionais dentro dos próprios serviços, como também hospitais universitários que estejam inseridos no sistema colaborando na sua melhoria. A maior integração das atividades de ensino, desenvolvidas no hospital universitário com a rotina dos profissionais, constituindo uma agenda mútua, que possibilite a capacitação e o aperfeiçoamento, talvez seja uma estratégia neste processo.

É necessário que o trabalho articulado entre universidades e serviços de saúde esteja presente nas agendas políticas nos dois setores e que estabeleçam mecanismos de cooperação para enfrentar os problemas de todos os tipos, como o de produção de conhecimento, de formação profissional, e de educação permanente (RODRIGUES *et al.*, 2000).

O papel do usuário como protagonista do sistema vem crescendo e tem impacto direto na melhoria da relação entre ele e o serviço (RAMOS;

LIMA, 2003). É importante que a participação dos trabalhadores em saúde também cresça e fortaleça a atuação do controle social. A integração usuário-profissional é um instrumento estratégico para a consolidação do “SUS que queremos”.

É preciso ouvir o usuário e também os trabalhadores. Os entraves encontrados na implementação de política de Recursos Humanos podem ser minimizados se houver uma maior participação dos interessados nesta discussão e na sua implementação.

Os achados deste estudo sugerem a necessidade de criar um espaço na instituição para que através de uma construção crítica participativa, os seus recursos humanos possam, na condição de agentes ativos, contribuir para que o hospital público cumpra com sua missão institucional no contexto do SUS.

É imprescindível utilizarmos estratégias que superem o imaginário simbólico do SUS como ‘bico’ dos profissionais de saúde para atender os mais pobres. O desafio para a 12ª Conferência Nacional de Saúde é de que é a hora de nos vestirmos do memorável espírito de luta da 8ª Conferência e implementarmos “O SUS que queremos”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRAGA JÚNIOR, David; AMORIM, Julio Cesar Macedo; BRAGA, Douglas Ger-son. Recursos humanos e Relações de trabalho no setor público. In: MALIK, Ana Maria (Org.). *Gestão de Recursos Humanos*. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998. p. 97-137
- BRASIL. *Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/90*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo. Brasília, DF, 1990.
- _____. *Lei Orgânica da Saúde n. 8.142/90*. Dispõe sobre o financiamento e o controle social e das outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo. Brasília, DF, 1990.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Reforma da reforma – repensando a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1992.
- CAMPOS, E. F.; FEKETE, M. C. *Política de Recursos Humanos para o SUS*-Texto produzido para o Programa de Capacitação de Gestores do SUS-Co-SEMS/NESCON/MS/FNS, 1998.
- CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert; ROCHA, Cristianne Famer. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 7, 2002. p. 373-383.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Norma Operacional de Recursos Humanos, Versão preliminar, Brasília, DF, 2000.
- GIOVANELLA, Lúgia *et. al.* Sistemas Municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, 2002. p. 37-61.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. O trabalho em serviços de saúde In: *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do sistema Único de saúde*. Brasília, DF: OPAS/OMS, 1997. p. 182-185.
- POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p.
- RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 19, 2003. p. 27-34.
- RODRIGUES, Nelson dos Santos *et al.* A prática do controle social através dos conselhos de saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 22, 2000. p. 71-91.
- VALLA, Victor Vicent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 14, 1998. p. 7-18.

Denise Rozindo Bourguignon¹
 Geruza Rios Pessanha Tavares²
 Liliane Graça Santana³
 Marta Zorzal e Silva⁴
 Rita de Cássia Duarte Lima⁵
 Scheila Silva Rasch⁶

Recursos humanos em saúde: reflexões sobre o cotidiano do SUS que temos e as possibilidades do SUS que queremos

Human Resources in Health: reflections about everyday life in the SUS we have and the possibilities in the SUS we want

¹ Médica especializada em Medicina do Trabalho, mestranda do Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), coordenadora do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo

² Médica especializada em Medicina Geral Comunitária, mestranda do Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva da UFES, auditora em saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (ES)

³ Enfermeira especializada em Enfermagem do Trabalho, mestranda do Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva da UFES, enfermeira do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo

⁴ Socióloga, doutora em Ciência Política, docente do Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva da UFES

⁵ Enfermeira, doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UFES e do Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva da UFES

⁶ Psicóloga com formação em Psicoterapia Corporal, mestranda do Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva da UFES, psicóloga da equipe do Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (ES)

Os endereços para contato com os autores estão no final do artigo.

RESUMO

Propõe-se uma reflexão, com base histórica, sobre o estado atual das políticas de recursos humanos em saúde. Destaca-se a importância da utilização dos diagnósticos construídos a partir das Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos e da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH), como paradigma de novas abordagens na área. Procura-se demonstrar a necessidade da construção de sujeitos sociais na reinvenção do cotidiano nas políticas públicas voltadas para a área como forma de avanço em direção ao Sistema Único de Saúde (SUS) que queremos.

DESCRITORES: Política de Saúde; SUS; Serviços Básicos de Saúde; Conferências de Saúde.

ABSTRACT

The article proposes a reflection, using a historical base, on the current stage of human resources policies in health. We highlight the importance of using the findings achieved in National Health Conferences and Human Resources Conferences and in the Basic Operational Norm for Human Resources as paradigms of new approaches in the area. The article demonstrates the need to build social subjects in the reinvention of the everyday life of Public Policies of the field to achieve progress towards the SUS we want.

DESCRIPTORS: Health Policy; SUS; Basic Health Services; Health Conferences.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, ao instituir o Sistema Único de Saúde (SUS), define, por meio do seu artigo 196, um referencial paradigmático de saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas.

Apesar do SUS representar, na história da saúde pública no Brasil, uma das principais inovações da reforma do Estado brasileiro, contrapondo-se ao modelo hegemônico estabelecido pelo Estado capitalista, ainda persistem alguns desafios. Podemos citar, na construção dessas políticas, dois pontos críticos, verdadeiros gargalos na implementação dos sistemas de saúde, que são as questões relacionadas com o financiamento e a política de recursos humanos.

As formas de enfrentamento desses desafios têm produzido poucos impactos, resultando em ineficiência, ineficácia, desigualdade, perda da solidariedade e da cidadania na relação entre os profissionais de saúde e destes com os usuários, impactos estes manifestados por diversas formas de insatisfação tanto dos atores que participam da construção do SUS quanto dos usuários que vivenciam tais políticas no cotidiano.

Pretendemos fazer uma reflexão sobre um dos pontos críticos do SUS: as políticas de recursos humanos em saúde. Tal reflexão, aprofundada na disciplina Estado e Políticas

de Saúde no Brasil, no Mestrado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), aconteceu em um seminário sobre essa temática e sob nossa responsabilidade, mesclando as disciplinas do curso, tendo a coordenação das professoras da disciplina.

Para facilitar a exposição do tema, o texto foi dividido em três momentos: uma breve contextualização histórica, tendo como referen-

PODEMOS CITAR, NA CONSTRUÇÃO
DESSAS POLÍTICAS, DOIS PONTOS CRÍTICOS,
VERDADEIROS GARGALOS NA IMPLEMENTAÇÃO
DOS SISTEMAS DE SAÚDE, QUE SÃO AS
QUESTÕES RELACIONADAS COM O
FINANCIAMENTO E A POLÍTICA
DE RECURSOS HUMANOS

ciais as VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde e I e II Conferências Nacionais de Recursos Humanos; o estado atual das políticas de recursos humanos; e as reflexões sobre a necessidade da emergência de novos paradigmas para as políticas da área.

O CONTEXTO HISTÓRICO

As décadas de 1980 e 1990 sofreram os reflexos do fim do 'milagre econômico', política definida

durante o regime autoritário burocrático militar, cujo esgotamento coincide com o maior atrelamento às políticas de ajuste econômico do Fundo Monetário Internacional, com conseqüências diretas sobre a sociedade civil brasileira. Crises econômicas, com aumento de índices inflacionários, desemprego, achatamento salarial, estancamento e deterioração dos serviços públicos acarretaram um novo cenário socioeconômico, em que os campos da saúde e educação foram os principais atingidos.

Nas áreas de saúde e educação, os efeitos foram similares sobre os recursos humanos: arrocho salarial, múltiplos vínculos empregatícios, demissões voluntárias, movimentos grevistas e posturas corporativas resultaram em descompromisso com o serviço público e o não-reconhecimento dos usuários e dos trabalhadores de saúde como atores no processo de construção das políticas públicas nas áreas citadas (PAIM, 1994).

Esse era o cenário que permeava as discussões sobre os recursos humanos no bojo das Conferências anteriormente mencionadas e que trouxeram, como diagnósticos diferentes, aspectos negativos, dentre os quais elencamos alguns:

- a inadequada distribuição geográfica dos profissionais de saúde, com maior concentração nas grandes cidades e regiões metropo-

litanas dos Estados mais desenvolvidos do país;

- desigualdade nas condições de inserção no mercado de trabalho, em especial no que se refere aos níveis salariais, regimes jurídicos de vinculação, acompanhada muitas vezes de desvios de funções, jornadas duplas ou triplas de trabalho e formas arcaicas de gestão;

- adoção das gramáticas políticas de clientelismo e corporativismo como forma de relação Estado-sociedade;

- formação, especialização e capacitação de recursos humanos distorcidas e divorciadas das práticas desenvolvidas nos serviços de saúde que não levam em consideração as demandas epidemiológicas e sociais da população;

- saber fragmentado em campos profissionais com divisão social do trabalho e dificuldade do profissional de saúde em compreender seu papel de agente na relação entre os serviços públicos e as necessidades de saúde da população.

Como conseqüências, observou-se um descrédito da população usuária do SUS e um estado de desmotivação e desvalorização dos servidores públicos, estimulando o oportunismo e o empreguismo, dificultando ainda mais a participação social.

A falta de explicitação da Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde fez com que

cada instituição desenvolvesse normas, diretrizes e estratégias diversificadas, contribuindo para a criação de um mosaico disforme levando a uma fragmentação no modelo de assistência à saúde.

ESTADO ATUAL DAS POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS

Sob a denominação de recursos humanos tem-se um conjunto de agentes com competência para o

A FALTA DE EXPLICITACÃO DA POLÍTICA DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE FEZ COM QUE CADA INSTITUIÇÃO DESENVOLVESSE NORMAS, DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS DIVERSIFICADAS, CONTRIBUINDO PARA A CRIAÇÃO DE UM MOSAICO DISFORME

desenvolvimento de ações que envolvam o aspecto curativo, de promoção e proteção à saúde. Estes agentes são em geral vistos pelos gestores da mesma forma que qualquer insumo, primordialmente focados sob a ótica da otimização de alocação e utilização, para atender à legislação vigente, em especial, a Lei de Responsabilidade Fiscal.

Essa concepção burocratizante é falha, pois, na complexidade do campo da saúde, não leva em con-

sideração a natureza do trabalho e as especificidades dos atos profissionais. O profissional de saúde não deve ser tratado como insumo, pelo seu caráter 'insubstituível', sob pena de se manter uma visão distorcida, pois segundo nos coloca Mishima *et al.* (2003) recursos humanos não são máquinas, instrumentos duros, vazios de desejos, são 'gente', vivenciam um trabalho repleto de paradoxos, imprevisibilidade e conflitos, vivenciando no cotidiano a complexidade do processo saúde-doença.

Apesar das Conferências de Recursos Humanos (1986 e 1992) terem apontado proposições para o enfrentamento dos problemas identificados, tendo como eixos a valorização do profissional, a preparação de recursos humanos, as estratégias de integração interinstitucional, a organização dos trabalhadores de saúde e sua relação com o usuário do sistema, pouco se tem avançado (BRASIL, 1993a; 1993b). A adoção do regime jurídico único não se efetivou, coexistindo diferentes políticas de regulamentação de força de trabalho, nas quais se evidencia a precarização dos recursos humanos. Exemplo disso é o que ocorre na estratégia de Saúde da Família, na qual se colocam diferentes formas de relação de trabalho: trabalhadores com vínculos estatutários, com contratos via ONG, por tempo determinado, e prestadores autônomos de serviços se mesclam, dificultando a construção e atuação

de uma política eficaz na reorganização da atenção básica à saúde.

A ausência de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) desestimula o crescimento profissional e um envolvimento maior do trabalhador no seu setor de trabalho, o que tem redundado em desmotivação e evasão de quadros importantes no serviço público.

Também o crescente processo de precarização da relação de trabalho tem desmobilizado os trabalhadores no sentido da construção de uma cultura que privilegie o SUS, como um indutor privilegiado das políticas públicas, sem que este seja o favorecedor da criação dos vínculos institucionais/profissionais, o que tem impactos nos modos com que cotidianamente se acolhem e se relacionam os diferentes protagonistas envolvidos com esse processo.

Paralelamente às questões anteriores e igualmente importantes, está a formação dos sujeitos sociais em saúde. Em um processo permeado de antagonismo, o Estado define um tipo ideal de profissional para compor equipes interdisciplinares, em que o processo de adoecimento seja compreendido como social, e tem executado a sua formação sobre um caráter positivista, reducionista, “[...] que reduz ao corpo o espaço de intervenção e mudança” (MINAYO, 1998. p.70).

Entretanto, alguns avanços não podem deixar de ser registrados: a Norma Operacional Básica de Recur-

sos Humanos (NOB/RH-SUS), já na sua terceira versão; a Emenda Constitucional 34, de 13 de dezembro de 2001, que estabelece o duplo vínculo para todos os profissionais de saúde; o Programa Nacional de Capacitação para Gestores Municipais; o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE); as novas diretrizes curriculares aprovadas, em especial, para os cursos da área de saúde. Tudo com o propósito de rom-

COMO PRODUZIR NOVAS PRÁTICAS DE TRABALHO, SE MUITAS VEZES ESTAMOS REPRODUZINDO ‘VELHAS FORMAS’ DE PRODUZIR SAÚDE, FORMAS ESTAS ANCORADAS NOS PRECEITOS DE UMA FORMAÇÃO CAPITALISTA?

per os equívocos das lógicas que vêm sendo geradas pelo hiato histórico entre a Universidade (o território do ensino/aprendizagem), os serviços de saúde (o território do mundo do trabalho) e o Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS).

No entanto, essas soluções não têm sido capazes, na prática, de equacionar as contradições da sociedade capitalista e seu modo de produção, bem como a organiza-

ção social dos serviços de saúde e das políticas públicas, que atravessam as relações e os estilos de trabalho na saúde.

REFLEXÕES E INDAGAÇÕES
SOBRE O MESMO TEMA

Diante desse cenário, perpassamos algumas inquietações. Como produzir novas práticas de trabalho, se muitas vezes estamos reproduzindo ‘velhas formas’ de produzir saúde, formas estas ancoradas nos preceitos de uma formação capitalista? Como implantar um modelo contra-hegemônico em meio à ordem neoliberal vigente, que desrespeita o ‘ser’ humano? De que forma se despir do poder corporativo para se integrar no trabalho coletivo, um dos princípios fundamentais da saúde pública? De que maneira vivenciar o cotidiano dos conflitos, das angústias, da falta de autonomia e das dificuldades dos recursos humanos em saúde com a baixa governabilidade dos gestores que, quando trabalham com planejamento, o fazem de forma verticalizada, indo de encontro às propostas de descentralização do SUS?

A construção do SUS representa a possibilidade de uma resposta alternativa ao modelo hegemônico que não dá conta de impactar as diversas realidades de saúde no mundo contemporâneo, o que demonstra a necessidade de se romper os limites impostos pela dominação cultural e política no projeto neoliberal.

Conforme Campos (1992), a viabilização do SUS não pode ter como ponto central a subordinação dos trabalhadores de saúde às normas administrativas burocratizadas tradicionais, que promovem um engessamento do sistema, dificultando o exercício dos recursos humanos, como um dos atores principais do processo de mudança, ou seja, não é possível fazer avançar o SUS sem a integração e o esforço dos seus trabalhadores. Constata-se, no campo da saúde, uma reprodução de práticas alienantes, descompromissadas com a concepção do complexo 'promoção-saúde-doença-cuidado', constituindo-se em marcos históricos dos serviços de saúde em geral.

Observa-se que, paralelamente à baixa governabilidade dos gestores municipais, fruto da relativa importância destinada à saúde pública, a construção centralizada das políticas de recursos humanos e sua reprodução de forma fragmentada nas diferentes unidades federativas necessitam ser transformadas sob a ótica de planejamentos horizontalizados, ascendentes, que levem em consideração as diferenças regionais, tanto nos aspectos epidemiológicos como culturais, entre outros.

No campo acadêmico, é urgente que se desenvolvam processos de formação e capacitação contínuos, dinâmicos e centrados na criatividade, voltados para uma integração com os serviços públicos de saúde, de forma a romper com o

distanciamento entre a formação profissional e a realidade posta (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

É preciso atentar, entretanto, para o fato de que só a reforma curricular não é suficiente para a construção desse novo perfil profissional, em função da dinâmica da realidade sanitária e social, sendo necessário, também, que os educadores sejam submetidos a um processo de reeducação contínua, transformando-se e constituindo-se em

NO CAMPO ACADÊMICO,
É URGENTE QUE SE
DESENVOLVAM PROCESSOS
DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO
CONTÍNUOS, DINÂMICOS
E CENTRADOS NA CRIATIVIDADE

sujeitos transformadores das instituições formadoras.

As mudanças nas maneiras como a universidade (de)forma os recursos humanos são certamente uma questão crítica no sentido da transformação das práticas, dos saberes e da construção do SUS, por seu papel insubstituível na formação dos profissionais de saúde e na produção de conhecimentos em saúde, educação, ciências sociais e outras áreas que possam contribuir

tanto na graduação quanto em outros processos de educação permanente (LIMA, 2001).

Assim, faz-se necessário operar nos espaços de transformação do lugar social ocupado pela universidade, nos seus modos de estabelecer cooperações e parcerias com as outras instituições, revendo prioridades de atuação. Qualquer iniciativa de mudança nas instituições de ensino superior não pode ficar restrita ao seu interior, muito pelo contrário, tem necessariamente que considerar os diferentes interesses e levar em conta o apoio e adesão de outros segmentos sociais.

Dentro do novo paradigma proposto, algumas características tornam-se fundamentais na construção do profissional de saúde do SUS: que tenha capacidade de análise crítica em relação às suas práticas profissionais; que seja um sujeito ativo na organização e gestão dos processos de trabalho em saúde, entendendo-se como pertencente a uma classe social; que pautar sua atuação no compromisso de construção de uma prática solidária, ética, centrada no vínculo, que implica uma ligação mais estável e duradoura entre profissionais, usuários, ações em serviço, retirando a impessoalidade dos espaços públicos (CAMPOS, 1997).

Na reinvenção do cotidiano das políticas de recursos humanos em saúde, é definitivo que os profissionais tenham uma construção técnica, social, ética e cultural no senti-

do de assumirem a responsabilidade pela integralidade da saúde da população sob seus cuidados, dentro de valores centrados na igualdade, solidariedade, democracia e autonomia, capazes de romper com uma cidadania regulada pelo Estado, construindo, dessa forma, novas utopias, reinventado a cada dia o humano, tendo sempre, como centro do processo do cuidar, o usuário como parceiro e sujeito social do SUS que queremos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Relatório Final *Cadernos RH Saúde*. Brasília, DF, v. 1, n. 1, 1993a.
- _____. II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Relatório final *Cadernos RH Saúde*, Brasília, DF, v. 1, n. 1, 1993b.
- _____. Constituição Federal de 1988. *Constituição [da] República Federativa do Brasil*. São Paulo: Ed. Saraiva, 2002.
- _____. *Norma operacional básica de recursos humanos*. Brasília, 2003.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1992.
- _____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 229-266.
- LIMA, R. de C. D. *Enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde*. Vitória: EDUFES, 2001.
- MINAYO, Maria Cecília de S. Representações da cura no catolicismo popular. In: ALVES, P. C.; MINAYO, Maria Cecília de S. (Org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. p. 57-71.
- MISHIMA, Silvana M. *et al.* Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho. In: FALCÃO, A. *et al.* (Org.). *Observatório de recursos humanos no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 137-156.
- PAIM, Jairnilson da Silva. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: Editora da Faculdade de Saúde Pública da USP, 1994.
- PAIM, Jairnilson da Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

ENDEREÇO DOS AUTORES

DENISE ROZINDO BOURGUIGNON
Rua Aristides Navarro, 45/402
CEP 29016-040 – Vitória – ES
e-mail: drozindo@hotmail.com

GERUZA RIOS PESSANHA TAVARES
Rua Eugênio Netto, 764/401
CEP 29055-270 – Vitória – ES
e-mail: geruzatavares@terra.com.br

LILIANE GRAÇA SANTANA
Rua José Anchieta Fontana, 320/208
CEP 29090-400 – Vitória – ES
e-mail: liliane@santarita.org.br

MARTA ZORZAL E SILVA
CEP 29055-090 – Vitória – ES
e-mail: mazorzal@uol.com.br

RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA
Rua Arthur Czartorisk, 315/202
CEP 29060-370 – Vitória – ES
e-mail: ritacdl@escelsa.com.br

SCHEILA SILVA RASCH
Rua Ulisses Sarmento,
362/302, Bloco 3
CEP 29052-320 – Vitória – ES
e-mail: scheilarasch@terra.com.br

Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais

For a Technical Composition of Health Work based on the relationship field and light technology. Pointing to changes in the technical-assistance models

Emerson Elias Merhy¹
Túlio Batista Franco²

RESUMO

A idéia central do artigo sugere que, ao realizar o cuidado, o trabalhador opera um núcleo tecnológico no seu processo de trabalho, composto por 'trabalho morto' (instrumental) e 'trabalho vivo' em ato. Os dois formam uma certa razão entre si, à qual chamamos de Composição Técnica do Trabalho (CTT), que pode trazer a hegemonia do 'trabalho morto', quando o modelo assistencial se caracteriza como médico-hegemônico, produtor de procedimentos. A mudança do modelo assistencial pressupõe impactar o núcleo do cuidado, compondo uma hegemonia do 'trabalho vivo' sobre o 'trabalho morto', quando então se caracteriza uma 'transição tecnológica', que no conceito aqui trabalhado, significa a produção da saúde, com base nas tecnologias leves, relacionais, e a produção do cuidado de forma integralizada, operando em 'linhas de cuidado' por toda a extensão dos serviços de saúde, centrado nas necessidades dos usuários.

DESCRITORES: *Pessoal de Saúde; Serviços de Saúde; Recursos Humanos em Saúde.*

ABSTRACT

The core idea of this article suggests that when performing care, the worker operates a technological core within his/her work process, composed of a Dead Work (instrumental) and a Live Work. Both types form a certain reason between them, which we call Technical Work Composition (CTT), that can turn Dead Work homogeneous when the assistance-based model is characterized as a hegemonic physician, producer of processes. The change in the assistance-based model must cause impacts on the care core, turning Live Work hegemonic over Dead Work, and this moment is called Technological Transition, which in the concept handled here means the production of health based on light and relationship-based technologies and the production of care in an integral way, operating in "lines of care" throughout the health services, based on the users' needs.

¹ Médico sanitaria, professor livre docente da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) Departamento de Medicina Preventiva da UNICAMP Rua Ana Fratta de Paula, 176 CEP 13104-028 – Rio de Janeiro – RJ e-mail: emerhy@fcm.unicamp.br

² Psicólogo sanitaria, doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) Assessor da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte Rua das Flores, 365/103 CEP 30460-210 – Belo Horizonte – MG e-mail: tuliofranco@uol.com.br

INTRODUÇÃO: MODELOS TECNO-ASSISTENCIAIS NA SAÚDE

Há algum tempo tem-se observado que a mudança do modelo tecno-assistencial para a saúde depende menos de normas gerais e mais da produção da saúde, que se dá no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho. Os estudos que têm se dedicado a observar e analisar a forma como se produz saúde indicam que esse é um lugar em que os sujeitos trabalhadores, individuais e coletivos, agem de forma interessada, isto é, de acordo com projetos próprios, sejam estes de uma dada corporação, ou mesmo da pessoa que ocupa um certo espaço de trabalho. É um lugar de permanente tensão à medida que os interesses podem ser diversos, e como é um espaço de produção, por natureza há o encontro de diferentes vontades, como a dos próprios trabalhadores, dos usuários, do governo instituído, dos mercados que se entrecruzam na esfera da saúde, entre outros.

Todos os atores que se colocam em cena, implicados com a produção da saúde, governam certos espaços, dado o grau de liberdade que existe no agir cotidiano do trabalho em saúde. Isso pressupõe que o modelo assistencial se constitui sempre, a partir de certas contratualidades entre estes atores sociais e políticos. Mesmo que esta pactuação se dê sob forte tensão, a forma

de organização da assistência é produto dela (MERHY, 2003). No âmbito da Reforma Sanitária brasileira e nos primórdios da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), nas décadas de 1970 e 1980, o modelo assistencial, entendido como a forma de organização da assistência, organizou-se para a distribuição dos serviços de saúde, de forma estrutural hierarquizada, formalizando uma intervenção sobre o território. Neste cenário, o debate se organiza-

O MODELO ASSISTENCIAL SE CONSTITUI A PARTIR DE CERTAS CONTRATUALIDADES ENTRE ESTES ATORES SOCIAIS E POLÍTICOS

va muito em torno da oferta e da demanda por serviços, com um processo de trabalho que operava centrado no conhecimento da vigilância à saúde, instrumentalizada pela epidemiologia, e com pouca intervenção sobre as práticas desenvolvidas no campo da clínica (MENDES, 1994; FRANCO ; MERHY, 1999).

Temos buscado compreender os modelos assistenciais como formas de organização da produção de serviços, a partir de um determinado

arranjo de saberes da área (MERHY, 1991; CAMPOS, 1992). Esta produção está associada, portanto, aos processos e tecnologias de trabalho, a um certo modo de agir no sentido de ofertar certos produtos e deles obter resultados capazes de melhorar a situação de saúde do usuário, individual e coletivo. Assim, entendemos que o campo de saberes e práticas da clínica é parte fundamental no debate sobre a organização da produção da saúde, associado aos outros saberes, sem excluir nenhum campo específico. Estudada a complexidade dos problemas de saúde, somente é possível resolvê-los, contando também com multiplicidade de saberes e fazeres. Para melhor compreender a dimensão do problema que temos, recuperamos as contribuições de Cecilio (1999) em torno da questão das necessidades, em que os autores apresentam uma taxonomia organizada em quatro grandes conjuntos:

Em se ter 'boas condições de vida' (...) ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida (...) criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional (...) necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida.

Identificamos o campo da saúde coletiva como o lugar privilegiado de fazer esta discussão, visto que congrega em torno de si os saberes da área, como a clínica, epidemiologia, planejamento, a psicanálise, filosofia, estando ainda aberta a incluir outros

como o saber da análise institucional, que recentemente vem sendo incorporado ao campo de debate em torno da saúde (L'ABBATE, 2003).

A MICROPOLÍTICA DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA CONSTITUIÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL

Olhando sobre a conformação dos modelos assistenciais, com foco na micropolítica de organização dos processos de trabalho, temos como primeira referência as contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1994) que trouxe para este campo de análise, os conceitos de 'tecnologias materiais' para os instrumentos e 'tecnologias não-materiais' para o conhecimento técnico usados na produção da saúde.

Nossas observações têm concluído que, para além dos instrumentos e conhecimento técnico, lugar de tecnologias mais estruturadas, há um outro, o das relações, que se tem verificado como fundamental para a produção do cuidado. Partimos do pressuposto que o trabalho em saúde é sempre relacional, porque depende de 'trabalho vivo' em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está produzindo. Estas relações podem ser de um lado, sumárias e burocráticas, onde a assistência se pro-

duz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem, na sua natureza, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Por outro lado, estas podem se dar como relações intersessoras¹ estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde (MERHY, 2002). A estas, chamamos de tecnologias leves, pelo seu caráter relacional, que a coloca como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produ-

O TRABALHO EM SAÚDE É SEMPRE
RELACIONAL, PORQUE DEPENDE DE
'TRABALHO VIVO' EM ATO, ISTO É,
O TRABALHO NO MOMENTO EM
QUE ESTE ESTÁ PRODUZINDO

ção do cuidado. As tecnologias inscritas nos instrumentos, identificamos como tecnologias duras, porque já estão estruturadas para elaborar certos produtos da saúde, e ao conhecimento técnico, identificamos uma parte dura (estruturada e outra leve, que diz respeito ao modo sin-

gular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado (MERHY, 1997).

Historicamente, a formação do modelo assistencial para a saúde esteve centrado nas tecnologias duras e leve-duras, visto que, aquele se deu a partir de interesses corporativos, especialmente dos grupos econômicos que atuam na saúde. No plano da organização micropolítica do trabalho em saúde, este modelo produziu uma organização do trabalho com fluxo voltado à consulta médica, em que o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais, ficando a produção do cuidado dependente de tecnologias duras e leve-duras.

Observando o fazer cotidiano de um trabalhador da saúde, no seu micro-espço de trabalho, em especial a micropolítica que ali se desenvolve, temos constatado que, ao realizar o cuidado, ele opera, no seu processo de trabalho, um núcleo tecnológico composto de 'trabalho morto' (TM) e 'trabalho vivo' (TV) (FRANCO, 2003). No caso, 'trabalho morto' são os instrumentos, e é definido assim porque sobre eles já se aplicou um trabalho progresso para sua elaboração. 'Trabalho vivo' é o trabalho em ato, campo próprio das tecnologias leves (MARX, 2001; MERHY,

¹ "Intersessoras está sendo usado aqui com sentido semelhante ao de Deleuze, no livro *Conversações*, que discorre sobre a interseção que Deleuze e Guattari constituíram quando produziram o livro *Antidipo*, que não é um somatório de um com outro e produto de quatro mãos, mas um 'inter', interventor. Assim, uso esse termo para designar o que se produz nas relações entre 'sujeitos', no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os 'dois' em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro" (MERHY, 2002. p. 50-51).

2003). Este encontro em TM e TV no interior do processo de trabalho reflete uma certa correlação entre eles, no núcleo tecnológico do cuidado. A esta correlação chamamos de Composição Técnica do Trabalho (CTT), isto é, a CTT é a razão entre TM e TV.

Inferimos daí que a Composição Técnica do Trabalho, quando favorável ao 'trabalho morto', reflete um processo de trabalho, tecnologias duras dependente, voltado à produção de procedimentos e quando, ao contrário, houver predominância do 'trabalho vivo' em ato, haverá uma produção do cuidado centrado nas tecnologias leves. Como exemplo, utilizamos o trabalho de um profissional da saúde, para atender à necessidade do usuário, no cuidado à hipertensão arterial. Aqui podemos dizer que pode haver duas alternativas de projeto terapêutico: 1^a) ele cuida do problema de saúde, utilizando quase exclusivamente dos exames e medicamentos, e tem um processo de trabalho centrado no ato prescritivo. Neste caso, o núcleo tecnológico do cuidado está centrado no 'trabalho morto' (instrumental); 2^a) ele trabalha um projeto terapêutico mais relacional com o usuário e, mesmo utilizando-se do instrumental (exames e medicamentos), reconhece que aquele usuário, além de apresentar um problema de saúde, traz consigo uma certa origem social, relações sociais e fa-

miliares, uma dada subjetividade que expressa sua história e, portanto, este conjunto deve ser olhado. Aqui ele trabalha com a transferência de conhecimentos para o auto-cuidado, formas diversas de intervir sobre sua subjetividade, valorizando-o e aumentando sua auto-estima e, assim, de forma criativa, o projeto terapêutico deve ter o objetivo de realizar ganhos de autonomia para viver a vida.

No segundo caso, há um processo de trabalho cujo núcleo de tecno-

O MODELO ASSISTENCIAL
QUE ADVOGAMOS, PORTANTO,
DEVE OFERTAR TODOS OS
RECURSOS TECNOLÓGICOS
AOS CUIDADOS DOS USUÁRIOS

logias está centrado no 'trabalho vivo', formas de abordagens mais relacionais, operando dentro da idéia de que no encontro entre trabalhador e usuário, este é também sujeito da produção da saúde e pode, desta forma, ser também protagonista de atos cuidadores, geradores de autonomia. Esta forma de agir para a produção do cuidado é capaz de intervir sobre os quatro

campos de necessidades relacionados acima. Observamos que o instrumental e o 'trabalho vivo' estão juntos no processo de trabalho, mas, ao mesmo tempo, o TV exerce hegemonia sobre o TM.

Importa registrar que a CTT não é mensurável, é um analisador qualitativo das tecnologias de cuidado presentes no processo de trabalho (FRANCO, 2003). Se a razão existente aí estiver centrada no 'trabalho vivo', é indicador que a relação entre trabalhador e usuário, para a produção da saúde, se dá sob parâmetros de implicação mútua, no reconhecimento que ali há o encontro de sujeitos que têm juntos protagonismos na produção da saúde e, sobretudo, estão presentes diretrizes de intervenção/relação de acolhimento, estabelecimento de vínculo e responsabilização.

O modelo assistencial que advogamos, portanto, deve ofertar todos os recursos tecnológicos aos cuidados dos usuários e mesmo que este necessite, para sua assistência, de insumos de alta tecnologia, o processo de trabalho pode ainda ter no seu núcleo de cuidado, a hegemonia do 'trabalho vivo', desde que aquela seja a necessidade real do usuário e o acesso à mesma e sua utilização sejam sustentados pelo encaminhamento seguro e trânsito tranqüilo em uma dada 'linha do cuidado' que garanta a integralidade da atenção², isto

² Sobre Integralidade e Linhas do Cuidado, ver Cecílio e Merhy (2003); Franco e Magalhães Júnior (2003).

é, o seu 'caminhar na rede assistencial' acompanhado pelo profissional ou pela equipe com a qual formou seu vínculo, onde esta se responsabiliza pelo encaminhamento do seu projeto terapêutico. É como se houvesse um lastro de cuidado, sustentando todos os atos assistenciais ao usuário, o que pressupõe a freqüente presença do 'trabalho vivo', a sustentar o princípio da integralidade da assistência e a operação das linhas de cuidado.

REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E
TRANSIÇÃO TECNOLÓGICA: PENSANDO
A MUDANÇA NA SAÚDE, A PARTIR DA
MICROPOLÍTICA DO PROCESSO
DE TRABALHO

O debate em torno da reestruturação produtiva da saúde vem se colocando em torno da discussão dos modelos tecno-assistenciais. Entendemos que a Reestruturação Produtiva é caracterizada por um modo de produzir saúde, diferente de um certo modelo adotado em momento anterior, em uma dada unidade produtiva de saúde, que impacta processos de trabalho, sem no entanto operar uma mudança na Composição Técnica do Trabalho (CTT). Identificamos que há vários processos de Reestruturação Produtiva da saúde, em curso no Brasil. Para ficarmos em três exemplos, de lugares diferentes, mencionamos o trabalho de Pires (1998) que relata o processo de incorporação de no-

vas tecnologias na produção da assistência em dois hospitais, um público e outro privado. No caso analisado, é notório o impacto que causa a incorporação tecnológica no hospital, mudando o processo de trabalho, mas ao mesmo tempo, o núcleo tecnológico do cuidado permanece inalterado, isto é, centrado no trabalho morto, pouco relacional, o que revela a captura do 'trabalho vivo' pelo instrumental, a

À SAÚDE SUPLEMENTAR
TEM REESTRUTURADO SUA
PRODUÇÃO, COM O OBJETIVO
DE IMPACTAR OS CUSTOS
DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

não valorização da tecnologia leve no processo produtivo.

Outro processo de Reestruturação Produtiva pode ser verificado no Programa Saúde da Família, que em muitos casos, muda a forma de produzir, sem no entanto alterar o processo de trabalho centrado nas tecnologias duras. A formação da equipe, o deslocamento do trabalho para o território e o incentivo ao trabalho de vigilância à saúde, dão uma idéia de que há mudança

do modo de produzir saúde, no entanto, a micropolítica de organização do trabalho revela, especialmente na atividade clínica, um núcleo do cuidado que continua operando um processo centrado na lógica instrumental de produção da saúde (FRANCO; MERHY, 2003).

A saúde suplementar tem reestruturado sua produção, com o objetivo de impactar os custos da assistência à saúde. Isto vem sendo feito, introduzindo no campo da micro-regulação do trabalho, diretrizes do *managed care*, que pressupõe o controle do ato prescritivo do médico, com base em protocolos técnicos e a auditoria de um administrador, ao qual, muitas vezes, é delegado o poder de autorizar procedimentos que fogem à norma previamente estabelecida. No entanto, a produção do cuidado continua tendo a hegemonia das tecnologias duras, apesar de haver impacto importante no processo de trabalho do médico, especialmente pela captura do seu micro processo decisório. (IRIART, 1999; MERHY, 2002).

Em todos estes casos, observamos que há mudanças em curso, a partir da alteração verificada no processo de trabalho, mas ao mesmo tempo, a Composição Técnica do Trabalho, isto é, a razão entre 'trabalho vivo' e 'trabalho morto', no núcleo do cuidado, permanece sob hegemonia do segundo, nos revelando que não há uma alteração estrutural no modo de produzir saúde.

O trabalho executado a partir da relação entre sujeitos, acolhedor e produtor de vínculo com responsabilização sobre a clientela, acompanhando projetos terapêuticos cuidados, é suprimido por uma lógica instrumental, tecnologias duras centradas, realizado a partir do ato prescritivo. A mudança verificada nestes casos não chega a alterar de fato as estruturas do modelo assistencial vigente, médico hegemônico produtor de procedimentos.

A reestruturação produtiva pode vir a produzir mudanças no núcleo tecnológico do cuidado, compondo uma hegemonia do 'trabalho vivo' e, neste caso então, passamos a trabalhar com outro conceito, que ajuda a pensar a mudança neste nível, no modo de produzir saúde, que é o de Transição Tecnológica. Esta é caracterizada por mudanças no modo de produzir saúde, impacta processos de trabalho, alterando a correlação das tecnologias existentes no núcleo tecnológico do cuidado, a Composição Técnica do Trabalho. É sempre um processo de construção social, política, cultural, subjetiva e tecnologicamente determinado. Assim deve configurar um novo sentido para as práticas assistenciais tendo como consequência o impacto nos resultados a serem obtidos, por intermédio dos usuários e na resolução dos seus problemas. A princípio pode-se imaginar que há uma tênue linha divisória entre os dois conceitos (Reestruturação Pro-

ductiva e Transição Tecnológica), mas ao debruçarmos sobre os efeitos que têm no cuidado ao usuário, um processo produtivo guiado por uma lógica instrumental e outro, por 'trabalho vivo' em ato, que pressupõe uma lógica relacional, tecnologias leves dependentes, observamos que são dois mundos muito distintos.

O TRABALHO VIVO COMO POTÊNCIA INSTITUINTE PARA A MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL

O TEMA DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE GANHA RELEVÂNCIA E VEM SE PRODUZINDO EM TORNO DE UMA IMAGEM DE CONSTRUÇÃO DE 'LINHAS DO CUIDADO'

O debate em torno da organização da assistência à saúde ocupou-se, até o momento, principalmente da discussão em torno do equipamento hospitalar, pela flagrante hegemonia do hospital na história da formação do modelo assistencial, e de outro lado, a atenção básica surgiu como um projeto contra-hegemônico, ao qual se dedica grande parte dos estudos e da literatura disponível. Entre estes dois pólos, a aten-

ção secundária não teve o mesmo tratamento por parte dos formuladores das políticas de saúde, tendo as formulações para gestão deste nível de cuidado, centrado sua atenção na questão da oferta e demanda, sem no entanto avançar para imaginar um cenário de construção de um modelo mais interativo com os outros equipamentos. A integralidade pressupõe e, portanto, exige um esforço em entender este outro conjunto de saberes e práticas no cuidado à saúde. Ao mesmo tempo estes serviços têm sido um 'nó crítico' para gestores e usuários, onde esses têm o seu 'caminhar na rede' dificultado por falta de integração destes recursos assistenciais.

O tema da integralidade da atenção à saúde ganha relevância e vem se produzindo em torno de uma imagem de construção de 'linhas do cuidado', que significam a constituição de fluxos seguros a todos serviços que venham atender às necessidades dos usuários (CECILIO; MERHY, 2003; FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003). Surge como um tema que é transversal ao conjunto de necessidades de saúde, já mencionados neste texto. Assim, a integralidade aparece em todo núcleo de competências que se estruturam em unidades produtivas que ofertam cuidados à saúde. A 'linha do cuidado' disponibilizada aos usuários movimenta-se acionada por certos projetos terapêuticos que requisitam recursos para a assistência aos usuários, e aí forma-se o en-

contro entre o mundo das necessidades com o das intencionalidades dos trabalhadores protagonistas de certas cartografias que vão se desenhando e dando forma à integralidade na saúde. Este agir na saúde traz consigo inúmeros elementos, inclusive os das tecnologias de cuidado, as quais sugerimos que tenham a hegemonia do 'trabalho vivo' em ato, calçando um trabalho mais relacional, tecnologias leves centradas. Isto significa romper com a lógica prescritiva da atividade assistencial, que a captura do 'trabalho morto' exerce, em todos os níveis da assistência.

Entendemos que para conseguir operar satisfatoriamente a integralidade, nos campos de necessidades descritos aqui, o espaço da micropolítica do processo de trabalho, como vimos, aparece com evidência na medida que este é um lugar por excelência de encontro entre os sujeitos trabalhadores e usuários, portanto, onde se dá o agir no cotidiano do cuidado à saúde.

Uma pergunta que surge frequentemente em coletivos de trabalhadores e gestores dos serviços de saúde é: como isto se dá, ou seja, como operar para constituir 'linhas de cuidado' que agem interessadamente em defesa da vida, centradas nas necessidades dos usuários? Aqui aparece como fundamental, a necessária pactuação entre os diversos gestores dos serviços implicados em ofertar os recursos em produzir o cuidado aos usuários. A definição dos fluxos en-

tre unidades produtivas em diversos níveis de atenção depende, fundamentalmente, do esforço e vontade política em integrar estes serviços. Em outro nível, aparecem como fundamentais a rede de conversas que se estabelece em cada serviço deste, que vão compor a 'linha do cuidado'. Esta deve ocorrer entre os trabalhadores, como parte integrante de uma rede de petição, onde há mútua implicação com o processo produtivo que é, por natureza, formado a partir dos saberes e fazeres, que vão se expressar em atos como o do acolhimento em cada serviço deste, a vinculação de clientela e responsabilização com seu cuidado e sobretudo, para um trânsito seguro na linha do cuidado, é necessária uma gestão eficaz por parte da equipe de saúde, à qual o usuário está vinculado, do seu projeto terapêutico. Isto se dá, com objetivo de garantir que os atos cuidadores sejam de fato eficazes para conseguir os resultados de autonomização, fazendo da integralidade um importante dispositivo para a abertura de muitos processos de mudança em toda rede assistencial. Sobretudo, age assim como dispositivo instituinte do processo de trabalho e da produção do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. São Paulo: HUCITEC, 1994.

CECILIO, Luis Carlos de Oliveira. *As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ ABRASCO, 2001.

FRANCO, Túlio B.; MAGALHÃES, J. R. *Atenção Secundária e a Organização das Linhas de Cuidado*. In: MERHY, Emerson Elias *et al.* "O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano". São Paulo: HUCITEC, 2003.

FRANCO, Túlio B. *Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde*. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), SP, 2003.

GONÇALVES, R. B. M. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994.

IRIART, A. C. *Atenção Gerenciada: Instituinte a Reforma Neoliberal*. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), SP, 1999.

LABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2003.

MARX, Karl. *O Capital – Livro 1, Vol. 1. Civilização Brasileira*, Rio de Janeiro, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça *et al.* *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: HUCITEC, 2002.

_____. Um dos Grandes Desafios para os Gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, Emerson Elias *et al.* *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC, 2003.

PIRES, D. *Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil*. São Paulo: ANABRUME/CNTSS, 1998.

O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais

The building process of social control in the Brazilian Health System and administration in institutional areas

Marluce Maria Araújo Assis¹

RESUMO

O presente artigo resgata brevemente a história do controle social, descreve a legislação brasileira que assegura a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS), e aponta a gestão institucional como espaços coletivos de participação, envolvendo diversas representações sociais (governo, trabalhadores de saúde, prestadores de serviço e usuários). Tomando como base as análises de Campos (2000; 2003) e do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), são ressaltadas as condições de legitimidade dos espaços coletivos organizados como locus de enfrentamento, autonomia, visibilidade e articulação institucional e social. Conclui-se que o controle social vem sendo experimentado por coletivos organizados em realidades locais e regionais. O desafio é a construção de um sistema de saúde universal, resolutivo e compartilhado pela sociedade.

DESCRITORES: *Organização e Administração; Legislação e Jurisprudência; Sistema de Saúde.*

ABSTRACT

This article briefly talks about the history of social control, describes the Brazilian legislation that ensures community participation in the Health System (SUS), and points at institutional management as collective participation spaces, involving various social representatives (government, health workers, service providers and users). Based on the analyses of Campos (2000; 2003) and of the Health Ministry (BRAZIL, 1998), the conditions of legitimacy of organized collective spaces are pointed out as locus of confrontation, autonomy, visibility and institutional and social articulation. As a conclusion it is perceived that social control is being experienced by organized collectives in local and regional realities. The building of a health system considered universal, operational and shared by society constitutes a challenge.

DESCRIPTORS: *Organization and Administration; Legislation and Jurisprudence; Health System.*

¹ Enfermeira, docente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), coordenadora do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) e-mail: nupisc@bol.com.br

INTRODUÇÃO

A inspiração inicial deste trabalho teve sua origem na produção de dois artigos (ASSIS; KANTORSKI; TAVARES, 1995; ASSIS; VILLA, 2003), dos quais extraímos questões que serviram de base para a discussão da temática que ora apresentamos neste texto. No primeiro momento, em 1995, o eixo de discussão era a participação social articulada à questão da cidadania e dos direitos sociais; os caminhos do direito à saúde; e a participação social como possibilidade de construção de sujeitos sociais. No segundo momento, em 2002, discutiu-se a participação social como conquista jurídico-institucional e as suas condições para legitimar-se socialmente. Analisamos também a informação como elemento fundamental para a gestão e o controle social.

Outras fontes de inspiração têm sido o exercício da participação coletiva, no espaço acadêmico do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) e a participação em seminários, reuniões e conferências municipais de saúde em alguns municípios do estado da Bahia, a exemplo de Alagoinhas e Nordestina.

O fato de contar com espaços instigantes de discussão e de reflexão tem sido muito importante para compreender a prática da participação social como um campo de relações sociais. Este campo é representado por sujeitos que se organizam coleti-

vamente por meio de distintas articulações e representações sociais, a saber: movimentos populares, entidades de classe, sindicatos, governo, entidades jurídicas, prestadores de serviço, entre outros, além de uma população com suas necessidades e interesses envolvendo o indivíduo, a família e grupos da comunidade.

Os espaços institucionais de gestão compartilhada no Sistema Único de Saúde (SUS) são os Conselhos e as Conferências de Saúde que, na

nicos e convergentes, ainda que os processos de discussão e pactuação busquem acordos em defesa de interesses individuais e/ou coletivos.

Para o desenvolvimento do texto, resgatamos brevemente a construção histórica do controle social; em seguida, descrevemos e comentamos sobre o direito à participação como conquista legal, e, por fim, apontamos as condições que possibilitam a legitimidade da participação social no SUS.

CONTROLE SOCIAL: UM BREVE RESGATE HISTÓRICO

O controle social em saúde, no Brasil, vem adquirindo denominações diferenciadas ao longo de sua história. Do início do século XX até meados dos anos 1960, predominava no país o modelo pautado no 'sanitarismo campanhista' (MENDES, 1996), que procurava explicar os problemas de saúde por meio da relação linear entre agente e hospedeiro. As ações de saúde pública eram desenvolvidas através de campanhas sanitárias, visando combinar o funcionamento da sociedade com as necessidades do mercado econômico, em especial a exportação de produtos agrícolas, com forte predomínio da economia cafeeira.

Nesse período, o controle social em saúde, segundo Carvalho (1995) e Carvalho, Petris e Turini (2001), era visto como medida sanitária de controle do Estado sobre a socieda-

O FATO DE CONTAR COM ESPAÇOS
INSTIGANTES DE DISCUSSÃO E DE
REFLEXÃO TEM SIDO MUITO
IMPORTANTE PARA COMPREENDER A
PRÁTICA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL
COMO UM CAMPO DE RELAÇÕES SOCIAIS

última década do século passado, protagonizaram a participação da comunidade na gestão do sistema. Dessa forma, estes espaços coletivos vêm acumulando experiências de articulação entre os diferentes atores sociais, nos municípios, nos estados e no âmbito nacional. Além disso, ficam demarcados os distintos olhares sobre as realidades – em que as disputas de poder estão presentes – de conflitos, de interesses e de negociação, nem sempre harmô-

de, por meio de algumas medidas, como por exemplo o combate de vetores (nos casos da peste e da febre amarela) e de imunização compulsória da população (no caso da varíola). O Estado adotava medidas de intervenção em pessoas e grupos sociais em nome da saúde de todos. Ou seja, o controle era exercido pelo Estado sobre a sociedade e, desta maneira, a população era alvo das ações de saúde.

Ainda nesse período, as ações de saúde eram dicotômicas, cabendo ao Ministério da Saúde (e, antes da criação deste, ao Ministério da Educação e Saúde) as ações de caráter preventivo; e ao sistema previdenciário as ações curativas, com o propósito de atender somente os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho. A organização do sistema previdenciário foi edificada nos anos de 1923 a 1930, por meio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), sendo assegurados aos trabalhadores dois representantes por empresa no Conselho de Administração (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Os autores citados acima referem que entre 1930-1945 foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), organizados por categorias funcionais (marítimos, comerciários, bancários, entre outros), e a representação de empregados e empregadores passou a ser feita pelos sindicatos. Nesse momento, a representação – tanto dos empregados quanto dos empregadores – as-

sume um papel secundário, de assessoria ou de fiscalização *a posteriori* dos atos da presidência.

Na década de 1960, os institutos são unificados com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, finalmente, a assistência médica passa a ser de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), criado em 1974 (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986). Em 1964, com o golpe militar, esvazia-se a participação do

NO BRASIL,
A EXPERIÊNCIA DE
PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA
TEVE POUCA REPERCUSSÃO

trabalhador no sistema. O Estado assume a direção do INPS em 1966, e os empregados e empregadores perdem o direito de gerir e definir as políticas previdenciárias e de saúde.

Ressalte-se, no entanto, que também no início do século XX houve forte influência norte-americana nas formas de participação da sociedade no cenário internacional, formando uma nova perspectiva de relação Estado-sociedade no setor saúde. Daí o surgimento da participação co-

munitária, vinculada às experiências de medicina comunitária desenvolvidas nos centros comunitários de saúde norte-americanos, conforme análise de Carvalho (1995), e reinterpretada por Carvalho, Petris e Turini (2001).

Os autores mencionam que os elementos estruturais da medicina comunitária adotados nos centros comunitários tinham o caráter de assistência social (dirigia-se aos mais pobres, com grande risco social e sanitário); de educação (transmissão de conhecimentos que estimulasse a solidariedade, o coletivismo e o autocuidado); de integração (programas de atenção à saúde) e de descentralização e organização comunitária (o êxito do trabalho dependia do grau de integração da comunidade).

Nesse sentido, a participação comunitária advém do termo 'comunidade' e é entendida, segundo Carvalho (1995), como um agrupamento de pessoas que coabitam no mesmo ambiente em condições sociais e culturais homogêneas, predispostas à solidariedade coletiva e ao trabalho voluntário de auto-ajuda.

No Brasil, a experiência de participação comunitária teve pouca repercussão, considerando que houve uma crescente intervenção estatal, pela previdência social; e no campo da saúde pública as práticas dominantes centravam-se no sanitarismo campanhista. No entanto, houve apoio de instituições norte-

americanas na implantação de unidades de saúde que adotassem os elementos estruturais da medicina comunitária, a exemplo dos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP).

Destaca-se que, na década de 1970, a participação comunitária restringia-se a algumas participações pontuais, anuladas na sua dimensão participativa, principalmente pelo quadro político centralizador e autoritário, e pelo modelo dominante de organização das ações e serviços de saúde, fortemente vinculadas à previdência social (CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001).

No entanto, no final da referida década, conforme discute Carvalho (1997), tiveram início as lutas comunitárias por saúde, articuladas aos movimentos sociais urbanos, o que resultou numa contestação frontal ao regime militar de 1964, identificado com práticas políticas coercitivas e socialmente excludentes. Por outro lado, no cenário internacional merece destaque a Conferência de Alma Ata em 1978 (OMS/UNICEF, 1989), que defendia a participação comunitária como forma de envolver a comunidade na solução dos seus problemas, canalizando mais recursos dela própria para esse fim, conforme explicitado na Declaração:

recomenda-se que os governos incentivem e assegurem a plena participação da comunidade por meio da efetiva divulgação de informação pertinente, de crescente alfabetização e do desenvolvimento dos necessários instrumentos institucionais que possi-

bitem aos indivíduos, às famílias e às comunidades assumir a responsabilidade para sua saúde e bem-estar.
(OMS/UNICEF, 1989, p.14)

Na década de 1980, emergem crises: da sociedade, do Estado e das ideologias. Os movimentos sociais se diversificaram, passando a lutar por uma nova ordem democrática. Este cenário possibilitou em seus espaços de contradição o surgimento da participação popular, por meio de diferentes organizações: os mo-

O GRANDE DESAFIO QUE SE APRESENTAVA ERA A IDÉIA DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL COMO PARTE DO PROCESSO DE GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

vimentos ligados às associações de moradores, sindicatos, e à Igreja, que buscavam como objetivo comum a transformação política do país, aliada ao movimento pela mudança das práticas sanitárias do sistema de saúde.

Carvalho, Petris e Turini (2001, p. 97) resumem o cenário daquele momento:

A categoria comunidade é substituída pela categoria povo, entendido como parcela da população excluída

do acesso aos bens e serviços. Nesse contexto, os problemas sociais da população deslocam-se da dimensão técnica para a dimensão política. A concepção do processo saúde-doença passa a enfatizar a dimensão que o meio social exerce no curso das doenças e o risco sanitário passa a ser permanentemente associado à dificuldade de acesso da população aos bens e serviços essenciais, entre eles a educação, moradia, saúde, lazer.

O grande desafio que se apresentava era a idéia de participação social como parte do processo de gestão do sistema de saúde. Haveria que se efetivar em órgãos colegiados e representativos que reconhecessem e legitimassem as organizações da sociedade civil, com a finalidade de compartilhar poder entre os gestores, trabalhadores de saúde e usuários do sistema.

Em meados da década de 1980, com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), vislumbrava-se a construção do processo de descentralização com a universalização do acesso e a integração interinstitucional para superar a clássica dicotomia entre prevenção e cura. Foram instituídos mecanismos de administração descentralizados com a constituição de órgãos gestores: Comissões Interinstitucionais de Saúde, organizadas em nível estadual (CIS), regional (CRIS) e municipal (CIMS). Estas comissões contavam com a participação de gestores do sistema público de saúde, prestadores de serviços públicos e privados, representantes de enti-

dades representativas de trabalhadores de saúde e da população.

Ainda compõem o cenário da referida década os novos movimentos sociais, distintos dos tradicionais (partidos e sindicatos), que propuseram novas formas de participação e a construção de novas identidades sociais. Assim, conforme lembram Assis, Kantorski e Tavares (1995), esses novos sujeitos, com suas novas identidades e espaços de luta, passaram a ser reconhecidos como propulsores dos 'novos movimentos sociais' (a exemplo do movimento das Diretas Já).

Cabe destacar que, articulado a esse movimento mais amplo da sociedade, tinha-se o movimento da reforma sanitária, liderado por trabalhadores da saúde comprometidos com as necessidades de mudança. Estas mudanças vêm sendo desencadeadas com a progressiva liberalização do regime autoritário e com a consolidação de espaços institucionais mais democráticos e participativos. Além disso, surgem novos projetos de racionalização e reformas do setor saúde no país, evidenciados por estratégias políticas

que contemplassem a universalização do atendimento, descentralizassem a atenção à saúde e diminuíssem custos.¹ As referidas estratégias têm como principais marcos históricos: as Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983; o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987; e o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988.

O caminho trilhado alia-se à 'reorganização' e 'reestruturação' do Estado e da sociedade brasileira com

O CONTROLE SOCIAL
É ASSEGURADO NA
LEI 8.142,
DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990

suas contradições e antagonismos sociais. Haveria que se enfrentar esse desafio, se considerarmos a multiplicidade de interesses e de valores

de nosso país. O setor saúde reflete essas contradições nos discursos e nas práticas geradas e conformadas nos espaços sociais e institucionais. Por um lado, as forças sociais instituídas (sobretudo as aliadas ao projeto neoliberal) têm gerado um modelo de saúde discriminatório e desigual, dominado pela lógica mercadológica; por outro lado, no enfrentamento das questões de saúde se edificam movimentos instituintes em defesa do SUS, que vem engendrando um 'jeito democrático' de agir, um novo modelo de Estado e novas relações sociais.

CONTROLE SOCIAL: A CONQUISTA
NA LEGISLAÇÃO

O Controle Social é assegurado na Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (CARVALHO; SANTOS, 1995), reconhecendo a participação da comunidade na gestão do SUS, mediante a criação de Conferências e de Conselhos de Saúde. As Conferências possuem o papel preponderante de avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação das políticas de saúde. Os Conselhos formulam

¹ Os princípios reformistas indicam teoricamente as proposições políticas desse período e estão contidos nos documentos bases da Reforma Sanitária, porém, mesmo correndo o risco de sermos repetitivos, passamos a explicitá-los, por entender que necessitamos de um esforço constante para incorporar e fazer valer este ideário na prática social, considerando a *universalidade* como a garantia de acesso de toda e qualquer pessoa a todo e qualquer serviço de saúde, seja ele público ou contratado pelo poder público; *equidade* que confira a igualdade de insumos e de acesso por necessidades iguais enquanto valor e princípio normativo de estruturação do sistema de saúde; a *integralidade* individual e do sistema de saúde, reconhecendo-se que deva existir uma integração na relação profissional-usuário, abrangendo a totalidade psicofisiológica e social, como um todo indivisível, inserido numa organização institucional que englobe ações de promoção, proteção e recuperação da saúde; a *descentralização* financeira, de poder e de autonomia relativa aos municípios para melhoria de eficiência e eficácia dos serviços ao nível local; *participação e controle social*, compreendidos estes espaços enquanto instâncias problematizadoras, de exercício da democracia e da atualização de identidade das lutas de saúde no país.

estratégias e atuam no controle da execução das políticas de saúde.

A Lei 8.142/1990 explicita a composição dos Conselhos de Saúde. Garante a representação dos seguintes setores: governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Define também a paridade da composição de usuários em relação às demais representações; ou seja, 50% do número total de conselheiros serão de representantes dos usuários, e os outros 50% serão de representantes dos demais segmentos.

O guia de referência para Conselheiros Municipais (BRASIL, 1998a) informa a recomendação das vagas nos Conselhos de Saúde, segundo critérios estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde, sendo assim distribuídas: 25% para trabalhadores de saúde e 25% para prestadores de serviços públicos e privados. Os conselheiros teriam que ser indicados pelas entidades ou movimentos a que pertencem, mediante discussão ampliada entre os pares ou outras entidades e movimentos afins. Esta questão merece uma reflexão, já que a exigência legal de paridade e representação coletiva nem sempre vem acompanhada de escolhas democráticas e participação consciente. Até mesmo porque ainda temos na sociedade brasileira baixa politização das demandas, se revelando como um processo de aprendizagem na organização do sistema de saúde.

Os Conselhos de Saúde são, portanto, instâncias internas à estrutura do SUS e as suas deliberações deveriam, em geral, ser resultados de negociações com os órgãos executores (Ministério da Saúde, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde), que teriam como eixos orientadores: representatividade de seus membros, visibilidade de suas proposições, transparência das relações e a articulação com a sociedade. Seria a garantia do processo demo-

A CONFERÊNCIA, QUE SE
TRANSFORMOU EM UM
GRANDE MARCO NA
CONSTRUÇÃO DO PROJETO
DA REFORMA SANITÁRIA,
OCORREU EM 1986

crático e a qualidade das ações no processo de gestão institucional.

Ao trazer para a discussão outra forma de se exercer o controle social no SUS – as Conferências de Saúde –, é preciso ter claro que estas são fóruns de representação ampla e democrática dos diversos segmentos sociais: usuários do SUS, profissionais de saúde, gestores, prestadores dos serviços de saúde, parlamentares, entre outros. Além disso, espera-se que as Conferên-

cias possam ser espaços de avaliação e proposições de diretrizes para a formulação de políticas de saúde nos três níveis de governo (nacional, estadual e municipal). No período de 1986 a 2000 foram realizadas quatro Conferências Nacionais de Saúde e diversas Conferências Estaduais e Municipais.

A Conferência, que se transformou em um grande marco na construção do projeto da reforma sanitária, ocorreu em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, com participação pela primeira vez da sociedade brasileira, contando com três mil delegados (CONFERÊNCIA, 1986). Há um reconhecimento deste momento histórico, por parte dos militantes da saúde, pois ele coloca na ordem do dia da sociedade brasileira a discussão do direito à saúde; avança também na compreensão do conceito de saúde, passando a concebê-lo enquanto resultante das condições de vida e das formas de organização da produção. A referida Conferência apontou ainda: saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado; criação de um sistema único de saúde – descentralizado, com acesso universal, integrando práticas preventivas e curativas, e que tivesse a participação da população –, por intermédio dos conselhos de saúde, como parte constitutiva deste sistema.

Em 1992, foi realizada a 9ª Conferência (CONFERÊNCIA, 1992), fortalecendo o cumprimento da Lei que rege o SUS. Em 1996, aconteceu a

10ª Conferência (BRASIL, 1998b, que reafirmou o Sistema Único de Saúde sob a lógica da solidariedade. Foram discutidas e reafirmadas: a universalização não excludente; a participação social consciente; e a descentralização financeira com reestruturação de poder, com o propósito de melhorar a eficiência e eficácia dos serviços em nível local.

A 11ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2001), realizada em dezembro de 2000, teve como finalidade reforçar as diretrizes das Conferências anteriores. O tema central do encontro foi: Efetivando o SUS – Acesso, Qualidade e Humanização da Atenção à Saúde com Controle Social. Os participantes indicavam os avanços e colocavam os desafios que deviam ser enfrentados para que se alcançasse o objetivo de concretizar o SUS.

No período de 7 a 11 de dezembro do corrente ano (2003) acontecerá a 12ª Conferência Nacional de Saúde, tendo como tema central “Saúde, um direito de todos e um dever do Estado: a saúde que temos e o SUS que queremos”. Esperamos que as definições políticas e estratégicas desta Conferência indiquem caminhos que possibilitem avançar no processo de participação efetiva da sociedade. Há, portanto, o desafio de produzir um modelo de saúde que inclua os que ainda estão fora do sistema e que reorienta a gestão institucional: “ampliando a capacidade de direção dos grupos,

aumentando sua capacidade de analisar e de operar sobre o mundo (práxis)” (CAMPOS, 2000. p. 185).

Não se pode negar que o SUS encontra-se regulamentado desde 1990, e uma série de processos participativos foram desencadeados em vários ‘cantos’ deste Brasil, ainda mais se tomarmos os avanços da descentralização via municipalização da saúde e se examinarmos a ampliação do número de conselhos municipais, atendendo aos dispositivos

ACONTECERÁ A 12ª CONFERÊNCIA
NACIONAL DE SAÚDE, TENDO COMO TEMA
CENTRAL “SAÚDE, UM DIREITO DE TODOS
E UM DEVER DO ESTADO: A SAÚDE QUE
TEMOS E O SUS QUE QUEREMOS”

legais. O município, nesse contexto, deveria representar um espaço privilegiado da luta social e política.

Ressalta-se que nem sempre os Conselhos de Saúde representam instâncias públicas de formação de opinião e vontade política. Um dos desafios refere-se à representatividade e legitimidade dos representantes instituídos como conselheiros nas suas relações com seus representados. Será que os Conselhos de Saúde têm funcionado como instrumentos de

interesses públicos? Quais são os interesses representados? Principalmente, se considerarmos que os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, e têm a responsabilidade de definir, fiscalizar e avaliar as políticas de saúde e a gestão do sistema no atendimento às demandas e proposições dos segmentos sociais.

No entanto, o que se percebe muitas vezes, na prática, são manifestações de interesse individual deste ou daquele grupo, em detrimento dos interesses coletivos. É preciso se construir uma nova cultura de compromisso coletivo nos espaços de gestão colegiada, visando a produção de sujeitos com capacidade de análise e de intervenção em defesa dos interesses da sociedade.

Concordamos com Carvalho (1997) quando diz que os Conselhos de Saúde devem representar e defender os interesses da sociedade, cumprindo a função de indutores de responsabilidade governamental, entendida como a qualidade dos governos de estar à altura da confiança e das expectativas dos cidadãos.

Diante dessas proposições são necessários esforços para possibilitar um sistema de gestão com coresponsabilidade, envolvendo gestores, profissionais de saúde e usuários. Todos deveriam assumir uma postura de compromisso com a ‘coisa pública’, no sentido de dar maior visibilidade à gestão dos serviços de saúde. E nesse campo de ação

institucional se insere o controle social. Como diz Cecilio (1999): "... não há 'controle' possível sobre organizações 'opacas', verticais, que não explicitam suas metas e seus critérios de qualidade e nas quais não existe responsabilização pelos atos individuais e de equipe".

O controle social aqui não é tratado como forma do Estado manter a ordem e a coesão social em torno de um projeto hegemônico, mas a participação efetiva da sociedade sobre as ações do Estado. Este controle seria representado, em última instância, pelas instituições que são responsáveis pela gestão da saúde, pelos trabalhadores e pelos usuários do sistema. Para isto, seria importante garantir a participação efetiva do sujeito/cidadão na definição das políticas de saúde nos cenários local, regional e nacional.

Os questionamentos de Aciole (2003, p. 66) são pertinentes em relação ao apontado acima: "o que dizer do que conseguimos fazer em relação ao fortalecimento da sociedade organizada? Será que o fato de termos milhares de Conselhos de Saúde em funcionamento pelo Brasil afora significa a ocorrência de uma revolução silenciosa no seio da sociedade civil?".

São questões que estão em pauta de discussão, ao analisarmos os 13 anos de existência legal do SUS e a

dialética das relações conflitantes e contraditórias entre Estado e sociedade civil e suas determinações histórico-sociais, econômicas e políticas.

O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NO SUS E A GESTÃO NOS ESPAÇOS INSTITUCIONAIS²

O sistema de saúde brasileiro tem avançado com relação à descentralização de poder do nível federal para o estadual e municipal; bem como a

O CONTROLE SOCIAL NÃO É TRATADO COMO FORMA DO ESTADO MANTER A ORDEM E A COESÃO SOCIAL EM TORNO DE UM PROJETO HEGEMÔNICO, MAS A PARTICIPAÇÃO EFETIVA DA SOCIEDADE SOBRE AS AÇÕES DO ESTADO

democratização das políticas públicas, reconhecendo o município como um espaço autônomo da federação. Transfere-se para este espaço novas responsabilidades e recursos públicos capazes de fortalecer o controle social e a participação da sociedade civil nas decisões políticas.

No entanto, não se pode negar a discussão mais ampla do papel his-

tórico do Estado brasileiro, que é efetivado na prática por sujeitos sociais, portadores de projetos e que definem, em última instância, as políticas do SUS nos níveis central (União), intermediário (estado) e local (município). Imprime-se um poder político e ideológico nos microespaços políticos, nos quais se concretiza a gestão institucional. Os limites estão presentes; eis alguns: burocratização dos Conselhos de Saúde; autoritarismo e manipulação dos gestores locais; recursos insuficientes; baixa capacidade resolutiva da rede de serviços; centralização de poder; modelo de atenção pautado no pronto-atendimento médico; interferência político-partidária; cobrança por fora nos serviços privados contratados pelo SUS.

Paralelamente a essa realidade desalentadora, há várias experiências locais – ainda que seja uma pequena parte dos mais de 5.500 municípios brasileiros –, atestando que o SUS pode funcionar. São dezenas de cidades brasileiras nas quais os sistemas de saúde avançaram muito no modelo assistencial de saúde e no modelo de gestão descentralizado e participativo. Estas experiências precisam ser valorizadas, reconhecidas e divulgadas para compormos um bloco convergente, respeitando as individualidades, as diferenças, as

² Utilizamos a denominação de gestão institucional como espaços coletivos de gestão do sistema de saúde, nos quais ocorre o exercício da participação social (como os Conselhos Municipais de Saúde, Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Diretores, Comissões, movimentos organizados, entre outros).

especificidades regionais e a diversidade dos projetos. Teriam que combinar o reconhecimento com críticas construtivas, no sentido de reconstruir novos projetos, não como um modelo estruturado, pronto e acabado, mas com criatividade para responder às necessidades locais e institucionais.

O processo de gestão nos espaços institucionais, em que atuam os Conselhos gestores (locais, municipais e estaduais), tem sido apontado por Campos (2000; 2003) como espaços de enfrentamentos, paradoxos e ambigüidades inerentes aos coletivos organizados. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998a) estabelece algumas condições para a sua legitimidade, tais como: autonomia, organicidade, permeabilidade, visibilidade e articulação, discutidos a seguir.

A autonomia para o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998a) seria a garantia das condições de funcionamento dos Conselhos de Saúde, dos pontos de vista administrativo, financeiro e técnico, com recursos garantidos nos orçamentos das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde para o desenvolvimento do trabalho. Teria que garantir desde o espaço físico até pessoal de apoio e administrativo para a execução das atividades, como também valorizar estudos de problemas detectados pelos representantes e elaboração de instrumentos que facilitem as decisões dos conselheiros.

Nessa perspectiva, a proposta de Campos (2000; 2003) é bastante instigante na defesa de espaços coletivos de gestão (a co-gestão de coletivos) para construir uma nova dialética entre autonomia e controle social nos coletivos organizados para a produção. O autor propõe uma reinvenção do sistema de gestão participativa: “um sistema de co-gestão em que coubessem vários tipos de arranjos institucionais, ou várias modalidades de espaços co-

A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NÃO SERIA
ENTENDIDA APENAS COMO UMA EXTENSÃO
BUROCRÁTICA E EXECUTIVA, MAS COMO UM
PROCESSO CONTÍNUO DE DEMOCRATIZAÇÃO
E DE PRODUÇÃO DE SUJEITOS COM
MAIOR AUTONOMIA

letivos, ou seja, várias rodas de análise e co-gestão. Isso tanto em instituições como em organizações, quanto em movimentos sociais” (CAMPOS, 2000, p. 142).

A participação social não seria entendida apenas como uma extensão burocrática e executiva, mas como um processo contínuo de democratização e de produção de sujeitos com maior autonomia. Implica o estabelecimento de uma nova sociabilidade política e um novo

espaço coletivo que expresse desejos e interesses entre os diversos atores sociais (internos e externos), confrontando-se entre si e com a realidade. Além disso, é necessário buscar nos processos de luta/negociação o surgimento de contratos potentes que orientem a produção de bens e serviços de saúde.

A organicidade envolve o nível de organização na gestão participativa que deve ser caracterizado pela infra-estrutura básica para realização dos encontros entre os representantes. Há que se levar em conta aspectos como: periodicidade, frequência e regularidade dos participantes às reuniões, regimento interno, entre outros (BRASIL, 1998a).

Os controles e a infra-estrutura administrativa são importantes e necessários, porém não podem substituir o fluxo democratizador de idéias, de debates, de negociações e de compromissos nos órgãos colegiados de gestão, pois corre-se o risco da participação dos representantes ficar limitada a demandas restritas e autoritárias, manipuladas muitas vezes pelos técnicos ou gestores do sistema, conforme refere Arretche (2003).

O estabelecimento de canais de recepção das demandas sociais permite estabelecer a permeabilidade (BRASIL, 1998a) no processo de gestão, com o intuito de identificar as demandas locais e as necessidades de saúde emergentes, que deverão ser estabelecidas nas pautas de dis-

cussões dos espaços coletivos de gestão. Esta condição de legitimidade visa operacionalizar os projetos por parte dos órgãos executores e dos sujeitos que operam no cotidiano dos serviços.

Um dos pontos centrais da gestão institucional diz respeito à visibilidade (BRASIL, 1998a), que deve ser caracterizada pela transparência das ações dos representantes, na criação de canais de comunicação com a sociedade. Seria colocar o usuário no centro do processo, numa relação de co-responsabilidade entre os sujeitos participantes (governo, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e usuários). Daí a importância dos meios de comunicação e da criação de instrumentos que possibilitem a democratização da informação como: boletins, jornais, cartilhas e outros tipos de publicações.

Nessa perspectiva, os Conselhos de Saúde deveriam ser o exemplo vivo dos interesses da sociedade, para ser dotado de legitimidade pública. Portanto, é preciso criar mecanismos para que a Lei deixe de ser apenas um instrumento legal e passe a concretizar um espaço democrático de construção coletiva, no atendimento às demandas da população.

Outra questão relevante é a articulação (BRASIL, 1998a), que seria a capacidade dos espaços coletivos de gestão de estabelecerem relações uns com os outros, no campo da saúde e em outras áreas sociais. Na saúde, a articulação deve envolver todas as

representações: Conselho Local (das unidades básicas e distritais de saúde); Conselhos Municipal, Estadual e Nacional; Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite; Conselhos de Secretários Municipais e Estaduais de Saúde; bem como as instituições da área da saúde. Além disso, é importante a articulação com outros setores da sociedade, como por exemplo: Câmara de Vereadores, Assembleias Legislativas, movimentos populares e o Ministério Público.

A SAÚDE DISCUTE UMA
NOVA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO E
DESENVOLVIMENTO PARA O SUS:
CAMINHOS PARA A EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE

Estas relações fortalecem as ações dos Conselhos e podem formar um bloco de forças sociais em defesa dos interesses da sociedade.

Enfim, as indagações estão presentes, os dilemas e os desafios na construção de um sistema de saúde universal, resolutivo e gerido pela sociedade. O caminho está sendo trilhado pelos coletivos organizados em realidades locais e regionais. Pois acreditam, assim como nós, em uma sociedade justa, com-

prometida e engajada com os problemas e alternativas de solução para as questões sociais e de saúde do nosso país.

Como diria Gramsci (1992, p. 25): “nenhuma sociedade se coloca problemas sem que existam condições necessárias e suficientes para a sua solução ou sem que essas condições estejam ao menos em via de aparecer ou desenvolver-se”. cremos que a reflexão apontada por Gramsci (ainda que seja em momento histórico diferente) possibilita uma articulação com o que estamos vivenciando no cenário atual brasileiro. Uma onda de esperança e de construção do novo. As reformas (da previdência e tributária) estão sendo articuladas e aprovadas. A saúde discute uma nova política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Há toda uma mobilização nos estados e municípios em torno da 12ª Conferência Nacional de Saúde. E o mais importante é o compromisso político assumido pelos gestores do SUS (em especial o Ministério da Saúde) em acatar as deliberações definidas no relatório final desta conferência, organizada em dez eixos temáticos de discussão: direito à saúde; seguridade social e a saúde; intersectorialidade das ações de saúde; as três esferas de governo e a construção do SUS; a organização da atenção à saúde; gestão participativa; o trabalho em saúde; Ciência e Tecnologia e a saúde;

de; o financiamento do SUS; e a informação, informática e comunicação (BRASIL, 2003).

Concluimos este artigo, acreditando que as relações estabelecidas entre os diferentes sujeitos que fazem a gestão coletiva em saúde são permeadas por singularidades, por conflitos, por dúvidas, por diferenças, convergências, entre outros. A proposta é construir as possibilidades da co-gestão coletiva, de modo que as certezas ou incertezas se tornem instrumentos de criatividade no agir cotidiano. Implica inserir no jogo a visão acerca da mudança e o compromisso dos sujeitos participantes (gestores, trabalhadores e usuários) que planejam, articulam e integram um futuro desejado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACIOLE, Giovanni Gurgel. Algumas questões para o debate do controle social no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 63, 2003. p.63-73.
- ARRETCHÉ, Marta. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. p. 331-345.
- ASSIS, Marluce M. Araújo; KANTORSKI, Luciane; TAVARES, José L. Participação social: um espaço em construção para a conquista da cidadania. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 48, n. 4, 1995. p. 329-340.
- ASSIS, Marluce M. Araújo; VILLA, Te-reza C. Scatena. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 11, n. 3, 2003. p. 376-382.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *O SUS e o controle social: guia de referência para conselheiros municipais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998a.
- _____. Ministério da Saúde. *Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1996. 2 a 6 de setembro, 1998b.
- _____. Ministério da Saúde. *Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde*. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde com controle social. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. *12ª Conferência Nacional de Saúde Sergio Arouca: Saúde – um direito e dever do Estado – Saúde que Temos, o SUS que queremos*. Propostas e Diretrizes do Ministério da Saúde para os eixos temáticos. Disponível em: <<http://www.12conferencia.com.br>>. Acesso em: 04 de set 2003.
- CAMPOS, Gastão Wagner de S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 1 ed. São Paulo: HUCITEC, 2000.
- _____. *Saúde Paidéia*. São Paulo: HUCITEC, 2003.
- CARVALHO, Antônio Ivo de. *Conselhos de saúde no Brasil: participação ci-dadá e controle social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.
- CARVALHO, Antônio Ivo de. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, Sonia (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 93-112.
- CARVALHO, Brígida Gimenez; PETRIS, Airton José; TURINI, Bárbara. Controle social em saúde. In: ANDRADE, Selma Maffei; SOARES, Darli Antonio; CORDONI JÚNIOR, Luiz (Orgs.). *Bases da saúde coletiva*. Londrina/ Rio de Janeiro: Editora da Universidade Estadual de Londrina/ABRASCO, 2001. p. 93-109.
- CARVALHO, Guido I., SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde*. (Lei 8.080 /90 e Lei 8.142/90). 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 1995.
- CECÍLIO, Luiz Carlos de O. Pensando mecanismos que facilitem o controle social como estratégia para a melhoria dos serviços públicos de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 23 n. 53, 1999. p. 30-36.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9, 1992. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.
- GRAMSCI, Antonio. *Poder, política e partido*. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1992.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1996.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sônia M. Fleury. *(IM)Previdência Social. 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: VOZES/ABRASCO, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS); FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Cuidados primários de saúde. *Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Brasília, DF: UNICEF, 1979.

Gestão participativa em saúde: potencialidades e desafios para o aprofundamento da democracia

Participative management in health: potentialities and challenges for deepening democracy

Maria Ceci Misoczky¹

RESUMO

Este artigo constitui-se em um ensaio teórico. No texto que segue, realiza-se uma revisão sobre alguns dos potenciais significados relacionados ao tema da participação e da gestão participativa para, a seguir, refletir, criticamente, sobre as potencialidades e os desafios da gestão participativa em saúde, tendo como referência a possibilidade do aprofundamento da democracia. Ainda que essa discussão seja retomada ao longo do texto, acredita-se ser necessário esclarecer sobre a posição que orienta essa redação, qual seja, a adoção da concepção de participação como condição para a redistribuição de poder na sociedade. No decorrer do artigo, revisa-se, de modo breve, a participação na administração pública brasileira, no período recente. Finalmente, são abordadas algumas das potencialidades e dos imensos desafios para a prática da gestão participativa em saúde, tendo sempre como pano de fundo a perspectiva do aprofundamento da democracia.

DESCRITORES: Democracia; Administração Pública; Política de Saúde.

ABSTRACT

This article is a theoretical essay. The text begins with a review on a few potential meanings related to the issue of participation and participative management in order to make a reflection on potentialities and challenges concerning participative management in health. The reference is always the possibility of deepening democracy. Although this discussion is made in the article, it is necessary to state the position behind this text, the consideration of participation as a condition to the redistribution of power in the society. In the article there is also a review of participation in Brazilian public administration in the recent period. Finally, some potentialities and challenges to the implementation of participative management in health are considered, always having as reference the perspective of deepening democracy.

DESCRIPTORS: Democracy; Public Administration; Health Policy.

¹ Docente e pesquisadora da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, médica sanitária, mestre em planejamento urbano e regional, doutora em administração
Washington Luiz, 855 sala 427
CEP 90010-460 – Porto Alegre – RS
e-mail: mcaraujo@ea.ufrgr.br

INTRODUÇÃO

Esse texto se inspira na conclamação feita por Sergio Arouca, na entrevista que se encontra na RADIS de outubro de 2002. Nela, Arouca, adequadamente denominado 'eterno guru', conclama a que se retome a relação entre saúde e democracia, que se combata a burocratização do sistema, que se recupere os princípios da Reforma Sanitária "que não se resumiam à criação do SUS (...). O momento que estamos vivendo revela a paralisia do pensamento crítico nacional. (...) Isso exige que retomemos a Reforma Sanitária enxergando o SUS a partir dessa reforma, e não vendo o SUS pelo umbigo do SUS. O umbigo do SUS vai apenas tentar regular o que está aí" (AROUCA, 2002. p. 21).

Nesse sentido, o objetivo desse artigo é, exatamente, explorar essa relação entre saúde e democracia, sob o enfoque da democratização das organizações e da relação entre sociedade civil e organizações de saúde. Como lembra com precisão outro guru, Eleutério Rodriguez Neto (2003a), na concepção original do projeto reformista não se considerava a saúde apenas na conotação de assistência aos indivíduos, envolvendo as ações específicas dirigidas a prevenir a ocorrência de doenças e outros agravos, e a recuperar ou restaurar a saúde daqueles que a têm comprometida. Considerava-se saúde em uma segunda e mais ampla conotação.

A segunda conotação, que inclui a primeira, é a que diz respeito à Saúde em si, de cada um e de todos os indivíduos de uma sociedade, na apreensão do seu grau de higidez possível, o que significa compreender como e quanto as relações de produção e a organização do tecido social em uma formação social concreta contribuem para o usufruto da riqueza nacional (ou mobilizável da Nação), em benefício da qualidade e da extensão da vida de todos e de cada um dos seus integrantes. (...) julga-se que alguns dos conceitos e categorias em uso podem não estar revelando ou evidenciando o problema mais de

O OBJETIVO DESSE ARTIGO É

EXPLORAR ESSA RELAÇÃO ENTRE SAÚDE
E DEMOCRACIA, SOB O ENFOQUE DA
DEMOCRATIZAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES
E DA RELAÇÃO ENTRE SOCIEDADE CIVIL
E ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

fundo, isto é, a real determinação de classe dos problemas de saúde, remetendo o centro das atenções para os ângulos racionalizadores da política setorial. (...) a prática tem me feito compreender (ou imaginar) que existe aí um conceito 'gigante adormecido', ainda por ser despertado e posto a serviço dos interesses populares; o problema é dominar o 'antídoto do sono' estimulado pela ordem estabelecida. (...) A reflexão que se faz não é sobre algum desacerto de tática, pelo contrário. O que se propõe é que o movimento volte a privilegiar a questão da democracia (RODRIGUEZ NETO, 2003a. p. 24-25).

Com relação aos temas do controle social e da gestão participativa, a situação não é diferente. O primeiro tem sido tratado com um enfoque estruturalista e normativo, e o segundo, praticamente, relegado ao esquecimento, a não ser pela prática e reflexão de alguns poucos gestores e acadêmicos.

No texto que segue, realiza-se uma revisão sobre alguns dos potenciais significados relacionados ao tema da participação e da gestão participativa para, a seguir, refletir criticamente, sobre as potencialidades e os desafios da gestão participativa em saúde, tendo como referência a possibilidade do aprofundamento da democracia. Ainda que essa discussão seja retomada ao longo do texto, acredita-se ser necessário esclarecer sobre a posição que orienta essa redação, qual seja, a adoção da concepção de participação como condição para a redistribuição de poder na sociedade. Portanto, considera-se como mais relevantes formas de participação que contribuam para sua concretização, em especial atividades de participação no processo decisório sobre as políticas de saúde, o controle da administração pública pelo cidadão, a realização de parcerias efetivas entre frações do Estado e organizações da sociedade civil, práticas de autogestão e de intervenção direta nas ações públicas.

Por gestão participativa entende-se a orquestração de um conjunto de

políticas construídas em parceria com a sociedade. Participativa porque permite a construção de ações planejadas por executores e usuários; porque trabalha com recuos e avanços decididos pelos próprios protagonistas do processo; por proporcionar aos envolvidos o exercício da aprendizagem; por entender que a responsabilidade para ser solidária deve ser, primeiramente, assimilada, compreendida, internalizada. Gestão participativa porque busca a eficiência e a eficácia com a devida efetividade, por meio da construção coletiva de todos os envolvidos (ROCHA, 2003).

O item que segue inclui a sistematização de alguns enfoques sobre participação, diferenciados segundo abordagens pragmáticas ou emancipatórias. No item seguinte, revisa-se, de modo breve, a participação na administração pública brasileira, no período recente. Finalmente, abordam-se algumas das potencialidades e dos imensos desafios para a prática da gestão participativa em saúde, tendo sempre como pano de fundo a perspectiva do aprofundamento da democracia.

DEMOCRACIA E ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Ainda que os mais diversos atores sociais, tanto na sociedade como no Estado, reivindiquem e apoiem a participação social, a democracia participativa, o controle social sobre o Estado, a realização de parcerias entre o Estado e a sociedade civil,

trata-se apenas de uma “generalização do discurso da participação, à medida que ‘participação’, democracia, controle social e parceria não são conceitos com igual significado para os diversos atores e têm, para cada um deles, uma construção histórica diferente” (CARVALHO, 1998. p. 1). Como, então, compreender a participação social e suas diferentes significações? Uma necessidade imediata reside em distinguir abordagens pragmáticas – em que a participa-

A PARTICIPAÇÃO É UMA ESTRATÉGIA PARA A MELHORIA DOS RESULTADOS DA AÇÃO GOVERNAMENTAL

ção é vista como um meio para aumentar a eficiência de abordagens de caráter político e emancipatório – em que a participação é vista como um meio para alterar as relações de poder na sociedade, na perspectiva de maior equidade e justiça social.

A ABORDAGEM PRAGMÁTICA DA GESTÃO PARTICIPATIVA

De acordo com Silva (2003. p. 23), “alguns segmentos da esquerda e os

neoconservadores assumiram a concepção de democracia como um conjunto de regras, sem considerar os condicionamentos sociais e econômicos, ao mesmo tempo em que privilegiaram as temáticas da governabilidade e da eficácia administrativa.”

Para Kliksberg (1999), a participação é uma estratégia para a melhoria dos resultados da ação governamental. Inserem-se aí os pressupostos da cooperação para o desenvolvimento postulados pelas diversas organizações internacionais, com a liderança do Banco Mundial. Para elas, a boa governança é caracterizada por um processo previsível, aberto e esclarecido de formulação de políticas; por uma burocracia imbuída de um *ethos* profissional, um corpo executivo de controle governamental para suas ações; e uma sociedade civil forte participando dos negócios públicos – todos procedendo sob a lei. Participação é intrínseca à boa governança (WORLD BANK, 1996).

Trata-se de uma mudança da, até então dominante, ênfase na governabilidade para a ênfase na governança. É importante compreender as implicações dessa mudança.

De acordo com Gohn (2001), o conceito de governabilidade se refere à capacidade das elites dirigentes de perseguir, atingir ou combinar objetivos econômicos, sociais, políticos e administrativos. Para ele, o tema da participação não existe, ou tem um papel coadjuvante como

auxiliar em uma boa gestão. O foco se dirige aos governantes, sendo que a sociedade entra em cena como consumidora, cliente ou contribuinte/beneficiária. Nessa abordagem, os temas da democratização do poder, bem como o da ampliação das esferas de decisão do governo e da sociedade, não estão presentes. Fiori (1995) considera a governabilidade como uma categoria de conteúdo normativo associada à agenda político-econômica conservadora.

O conceito de governança pode ser considerado uma evolução com relação ao de governabilidade, tendo seu surgimento associado ao movimento de renovação da administração pública no contexto de globalização e de prescrições, das agências de cooperação internacional para o desenvolvimento, sobre 'boas práticas' nos governos. O conceito foi criado e desenvolvido em reuniões de cúpulas dessas agências e dos governos dos países centrais, como parte de estratégias para vigiar a dívida externa e a implementação dos ajustes estruturais prescritos pelo FMI (ALTVATER, 1999). Acolpida a recomendações para a redução do tamanho do Estado, a noção de governança inclui a construção de articulações com setores e organizações da sociedade, que passariam a assumir partes das responsabilidades na formulação e implementação de ações sociais de caráter compensatório dos efeitos produzidos pelos ajustes sobre amplos

segmentos da população. Já o conceito de governança local

se refere a um sistema de governo em que a inclusão de novos atores sociais é fundamental, por meio do envolvimento de um conjunto de organizações, públicas (estatais e não estatais) e privadas. Ou seja, trata-se de um sistema que poderá envolver, entre outros, as ONGs, os movimentos sociais, o terceiro setor de forma geral, assim como entidades privadas e órgãos públicos estatais. A governança local diz respeito ao universo de parcerias, à gestão compartilhada

**AS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE
SÃO CONSIDERADAS COMO PARTICIPANTES
DE UM ESPAÇO VIRTUAL SITUADO ENTRE
O PÚBLICO E O PRIVADO, OU SEJA,
O PÚBLICO NÃO-ESTATAL**

entre diferentes agentes e atores
(GOHN, 2001. p. 40).

Nesse sentido, os mecanismos de participação baseiam-se no engajamento da população como um recurso produtivo, mais do que político; como uma forma de preencher o vácuo deixado pela retirada do Estado dos serviços de proteção social (SILVA, 2003).

Essa abordagem pode ser encontrada nos discursos e dispositivos legais que acompanharam a recen-

te reforma do aparelho de Estado no Brasil, com as organizações sociais sendo identificadas como a materialização da democracia participativa ou direta (BRASIL, 1998). Nesse processo, as organizações da sociedade são consideradas como participantes de um espaço virtual situado entre o público e o privado, ou seja, o público não-estatal. Segundo Silva (2003. p. 98), esse espaço realiza um deslocamento de fronteiras – “adapta-se aos principais postulados neoliberais, uma vez que responde às necessidades da flexibilidade da gestão estatal, coloca-se em um espaço virtual/híbrido que não é nem público e nem privado, dificultando a identificação da responsabilidade institucional e facilitando a apropriação de recursos públicos.”

Tais organizações, ao serem alçadas à condição de agentes privilegiados de mediação entre o Estado e os sujeitos políticos, tanto desmobilizam os movimentos sociais como obscurecem o processo de privatização dos serviços públicos.
(SILVA, 2003. p. 41).

**A ABORDAGEM EMANCIPATÓRIA DA
GESTÃO PARTICIPATIVA**

Pedro Demo (1993) tem sido um dos autores brasileiros mais preocupados com o tema da participação na perspectiva da emancipação, considerada como um antídoto contra a tendência histórica de dominação e

exclusão social que caracteriza nossa sociedade. Para Demo (1996), a participação é conquistada, no processo histórico, juntamente com as condições de autodeterminação, que não podem ser dadas, outorgadas ou impostas. Uma participação atribuída representa, para este autor, um conceito paternalista que, no fundo, representa uma anti-participação.

Para Demo (1996. p. 94-97), a participação somente é revelada por meio de canais que a sociedade disponibiliza. Entre eles destacamos: (a) organização da sociedade civil – forma mais operacional que exige a competência de grupos por meio da representatividade de lideranças, legitimidade dos processos, participação da base e planejamento participativo auto-sustentado, em que “o objetivo histórico é atingir uma trama bem urdida e sólida de organizações de caráter popular que permita plantar a democracia como algo cotidiano”; (b) planejamento participativo – um canal baseado no regime da autogestão e co-gestão na conjunção entre população e governos, não valendo a banalização de distribuir participação por atacado, mas fundamentalmente a capacidade de “formular uma situação de negociação mútua”.

No entanto, para que a participação emancipatória se concretize, algumas condições são indispensáveis: (a) educação básica como base indispensável para a qualidade da ação política; (b) identidade cultural comunitária – “parteira da participa-

ção, porque planta a fé do grupo em seu futuro”; (c) conquista de direitos em um caminho amplo de horizonte aberto no qual se constrói o compromisso de “montagem de uma sociedade onde a democracia seja um modo de vida” (DEMO, 1996. p. 96-97).

A PARTICIPAÇÃO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA NO PERÍODO RECENTE

Carvalho (1998) destaca algumas formas de aproximação entre popu-

A PARTICIPAÇÃO É CONQUISTADA, NO PROCESSO HISTÓRICO, JUNTAMENTE COM AS CONDIÇÕES DE AUTODETERMINAÇÃO, QUE NÃO PODEM SER DADAS, OUTORGADAS OU IMPOSTAS

lação e setor público na história recente da administração brasileira:

- conselhos deliberativos, vinculados a políticas setoriais – por exemplo: criança e adolescente, saúde, educação, meio ambiente etc.;
- práticas de orçamentos participativos;
- parcerias entre organizações da sociedade, organizações públicas e, em algumas situações, organizações da iniciativa privada.

Bava (2001. p. 13) indica que essas práticas, “embora acenem para uma socialização do poder”, não o fazem efetivamente. Nos conselhos, além da falta de recursos disponíveis e de matérias para a efetiva decisão, dada a centralização de recursos pelo Governo Federal, que os utiliza para impor políticas e, mesmo, ações aos demais níveis de governo, falta à população informações suficientes para conceber alternativas e para controlar a administração pública. Já no caso dos orçamentos participativos, dado o empenho residual de pequenas verbas públicas – aquelas disponíveis para investimentos, sem mudanças de prioridades no conjunto dos gastos públicos – cuja maior parte se dirige para o custeio, “não chega a se concretizar a participação cidadã na formulação e implementação de políticas públicas” (BAVA, 2001. p. 13). Quanto às parcerias, é frequente que seja utilizado o trabalho da população mais pobre, mantendo-se o desfavorecimento desses no acesso aos recursos e políticas sociais (CARVALHO, 1998).

Não se pode negar a importância dessas práticas que, mesmo com suas limitações, podem estar produzindo uma nova qualidade nas relações entre sociedade civil e Estado. Não se pode, por outro lado, deixar de apontar os limites impostos pela preservação de estruturas e modos de intervenção, por parte das organizações públi-

cas que, ao utilizarem uma lógica muito mais administrativa – pragmática, colocam barreiras para avanços continuados e conseqüentes para a aproximação da gestão com a política.

Neste sentido, Bava (2001, p. 11) destaca que “uma cultura política privatista e clientelista e um arcabouço institucional cristalizado levam, muitas vezes, os governantes e a população a confundir democracia com o simples atendimento às necessidades dos mais pobres, e participação com eficiência das políticas mantenedoras do *status quo*”. Misoczky (2002a), por sua vez, analisando o caso do Orçamento Participativo de Porto Alegre, indica a preservação, no interior da organização da Prefeitura Municipal, de uma formação burocrática tradicional, evidenciando que podem ocorrer avanços na relação entre o governo e a sociedade, mas que esses avanços são limitados pela preservação e, mesmo, pelo reforço de estruturas e padrões centralizadores e rígidos no interior das organizações públicas. O que esta autora salienta é que, quando isso ocorre, as instâncias de participação permanecem como apêndices na estrutura organizacional dos governos, tendendo a ter uma ação limitada e determinada pela administração pública, que mantém a centralidade na concepção e execução das políticas. Um exemplo dessa situação pode ser encontrado, exatamente, no caso dos

conselhos setoriais que, usualmente, se constituem em meros apêndices no organograma de secretarias ou departamentos que não se modificam internamente e, portanto, não criam canais pelos quais poderia se capilarizar a participação da população nos processos decisórios e cotidianos da gestão e, desse modo, produzir-se a transformação da própria administração pública.

Volta-se, novamente, à questão de como integrar, efetivamente, as

É PRECISO ENTENDER A PARTICIPAÇÃO
NÃO APENAS COMO UMA ESTRATÉGIA DE
GOVERNANÇA PARA APRIMORAR AS AÇÕES
GOVERNAMENTAIS, MAS RECONHECENDO SEU
POTENCIAL PARA A CRIAÇÃO DE UM ETHOS DE
REDISTRIBUIÇÃO DE PODER NA SOCIEDADE

dimensões administrativa e política – ou pragmática e emancipatória – na gestão pública, não apenas no desenho estrutural das políticas, mas também nas práticas organizacionais. Fundamentalmente, é preciso entender a participação não apenas como uma estratégia de governança para aprimorar as ações governamentais, mas reconhecendo seu potencial para a criação de um *ethos* de redistribuição de poder na sociedade.

GESTÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE: POTENCIALIDADES E DESAFIOS PARA O APROFUNDAMENTO DA DEMOCRACIA

Não se pode negar a relevância e as imensas potencialidades da existência de conselhos de saúde em todos os estados e, principalmente, na quase totalidade dos municípios. No entanto, como destacam Labra e Figueiredo (2002, p. 541), numerosos estudos têm demonstrado que “existem muitos problemas em seu funcionamento, atribuídos, em boa medida, à falta de tradição de participação e de cultura cívica no país”. “Dificuldades derivam, também, de questões regulamentares que afetam o resultado das resoluções adotadas.”

Gilson Carvalho (2003, p. 1), com a ênfase que lhe é característica, denuncia o uso dos conselhos de saúde e de outros fóruns como “vitrine como se de decisões democráticas”. “Tenho insistentemente perguntado, por inúmeras vezes e fóruns, até que ponto as pautas, as resoluções, os encaminhamentos dentro dos conselhos estão cuidando de coisas essenciais ou são simulacros a cuidar da periferia das coisas, das migalhas concedidas pelos dirigentes. Muitas vezes por inócuas, são excelentes artifícios para desviar a atenção do principal e do essencial.”

Essas afirmações indicam dois aspectos de um mesmo problema: por um lado, como avançar nas potencialidades presentes no espaço

dos conselhos e, por outro, como tornar as organizações permeáveis ao que ali se decide. Ainda que esses temas sejam absolutamente interdependentes, são abordados em separado nos sub-itens que seguem.

CONSELHOS DE SAÚDE: ESPAÇOS POTENCIAIS PARA O APROFUNDAMENTO DA DEMOCRACIA

Para que estes espaços se efetivem, acredita-se que dois obstáculos precisam ser superados.

O primeiro deles é a exclusividade do espaço dos conselhos como o espaço legítimo para a participação em saúde. A criação desse espaço organizacional constitui-se, sem dúvida alguma, em importante alteração no arcabouço do Estado brasileiro. No entanto, não se pode ignorar que se encontra, em sua origem, uma perspectiva estruturalista e normativa das relações sociais, uma modalidade de “participação atribuída”, nos termos de Demo (1993).

A sua adoção, de modo estrito, cria mais obstáculos do que avanços para o aprofundamento da democracia. Antes da existência dos conselhos, o trabalho em saúde, de muitos, incluía ‘ir aonde o povo está’. Ou seja, reconhecia-se a legitimidade, inclusive para tratar dos temas relativos à saúde, de espaços de participação autonomamente constituídos – associações de moradores, clubes de mães, locais de culto, áreas e momentos de festa e de

jogo, etc. A criação dos conselhos e o desejo de que os mesmos se constituíssem em instância legítima de deliberação sobre a política e as práticas em saúde, fez com que se relegasse a um plano secundário a interação com a população nos seus próprios espaços. Acredita-se que esses dois espaços sejam complementares e possam fecundar-se mutuamente, criando a possibilidade de que se rompa com a inércia e a baixa representatividade que marca muitos conse-

A CENTRALIZAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS NO GOVERNO CENTRAL, E SUA UTILIZAÇÃO PARA IMPOR POLÍTICAS E PROGRAMAS AOS DEMAIS ENTES FEDERADOS, IMPEDE QUE OS CONSELHOS EXERÇAM A ATIVIDADE NOBRE DA GESTÃO

lhos. Nessa direção, é interessante ver as conclusões de Lima (2001) sobre fatores que facilitam a representação e a participação das bases no conselho municipal de saúde, onde se destaca que essas refletem o acúmulo de discussão e de lutas políticas pela conquista da cidadania e de direitos que ocorre fora do mesmo.

O segundo obstáculo se refere à necessidade de que haja matéria para que o conselho possa decidir sobre. O fato de que a descentralização, no

processo de implementação do SUS perdeu as dimensões políticas e sociais que marcavam sua concepção no movimento pela Reforma Sanitária, transformando-se em mera descentralização administrativa e, principalmente no caso dos municípios, operacional (MISOCZKY, 2002b), deixa os conselhos sem a possibilidade de exercício de sua razão de ser, qual seja, formular estratégias e controlar a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Como indica Bava (2001), a centralização dos recursos financeiros no governo central, e sua utilização para impor políticas e programas aos demais entes federados, impede que os conselhos exerçam a atividade nobre da gestão – a formulação de estratégias, a participação no processo decisório.

Nesse sentido, a efetivação do potencial presente nos conselhos tem relação direta com o tipo de descentralização que se constitua. Eleutério Rodriguez Neto (2003b, p. 95-96) deixa clara essa relação.

Na verdade, a descentralização faz parte de um binômio indissociável, juntamente com a participação que compõe a essência da questão democrática. (...) a idéia é que o poder de decisão seja exercido pelos seus reais atores, o mais próximo possível da realidade. Dessa forma, pode-se conferir pertinência e relevância a essas decisões, na suposição de que elas interessam ao conjunto dos sujeitos das mesmas e, assim, sejam ‘positivas’ no sentido de contribuir para o alcance de aspirações comuns e de interesses coletivos. Isso

significa dar caráter ético às decisões, uma vez que elas não deverão ser discricionárias ou responder aos interesses distantes da realidade.

No entanto, ainda que obstáculos como estes sejam superados no espaço dos conselhos de saúde, isso não será suficiente para que se institua a gestão participativa. Como apontam Sposati e Lobo (1992), um outro obstáculo reside na inexistência de canais, no interior da administração pública, que possibilitem a interferência dos conselhos na dinâmica da mesma. Esse aspecto é abordado a seguir.

ALGUMAS CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA A PARTICIPAÇÃO NA GESTÃO

Ainda que esse texto seja produzido a partir da prática profissional no campo da administração (ou, quem sabe, por causa disto!), recusa-se a idéia de que não existe alternativa para o controle e a dominação nas organizações. Acredita-se que existam alternativas às concepções estreitas sobre as organizações, como as que são geradas pelo conhecimento administrativo voltado para o mercado e que está centrado na noção de hierarquia. Trata-se, como indica Parker (2003), de estar aberto ao reconhecimento de que, no mundo da vida, se constituem modos de 'organizar' que são muito mais múltiplos e diversos do que o pensamento dominante. Nesse sentido, é preciso

romper com o fatalismo, identificar, para disseminar e aprofundar, práticas de gestão que rompam com a centralidade da noção de hierarquia e, portanto, propiciem a participação de trabalhadores e dos cidadãos na vida das organizações e no que essas produzem para a sociedade.

Algumas indicações para esse reconhecimento podem ser encontradas na literatura, focalizando em aspectos críticos, para a constituição de organizações, que permitam, em vez

É PRECISO ROMPER COM
O FATALISMO, IDENTIFICAR,
PARA DISSEMINAR E APROFUNDAR,
PRÁTICAS DE GESTÃO QUE ROMPAM
COM A CENTRALIDADE DA NOÇÃO
DE HIERARQUIA

de obstaculizar, a gestão participativa. Esses aspectos podem ser sintetizados nos temas da neutralidade burocrática, da centralidade da eficiência, e da estrutura e organização das práticas de trabalho.

A primeira dessas indicações se refere à legitimidade da existência de burocracias militantes, como pontes entre as organizações públicas e grupos sociais em luta pela inclusão e por direitos de cidadania. Thielemann (1996, p. 172), por exemplo, a partir

de estudos empíricos focalizando a perspectiva do lado da demanda caracterizada por etnia, sexo, orientação sexual e ser portador do vírus da AIDS, defende a exigência de uma burocracia representativa. "Apesar de às vezes uma burocracia neutra ser buscada para compor uma agência, este estudo mostra que a neutralidade weberiana não é sempre vantajosa. A burocracia representativa é importante não só porque tem importantes implicações políticas, que se referem a criar a oportunidade para a produção de serviços governamentais efetivos, mas também porque ela é valorizada pelos cidadãos que são servidos por estas agências." O que se encontra em discussão nessa abordagem é a compreensão de que, assim como Weber (1997) já indicava, o processo de decisão sobre a característica da política, sobre a definição de prioridades para o gasto de recursos financeiros usualmente escassos, assim como sobre a própria forma como o serviço é oferecido à população a que se dirige, não se fundamenta em escolhas racionais baseadas exclusivamente na perícia técnica mas, em vez disso, é dominada por preferências ideológicas e culturais e, não raramente, por interesses particulares em busca de satisfação. Sendo assim, nada mais indicado que escolher os componentes do corpo burocrático entre pessoas que possuem identidade e compromisso com os objetivos inclusivos da política em questão.

Além disso, como diversos autores têm defendido ao longo das últimas décadas, o foco predominante no aumento da eficiência dos processos administrativos pode levar políticas que estas melhorias supostamente deveriam apoiar. Assim, processos em vez de procedimentos, direitos substantivos, equidade, proteção dos direitos das minorias, assim como igualdade entre os cidadãos, são valores que podem ter precedência com relação à eficiência (KELLY, 1998).

Finalmente, com relação à estrutura e às práticas de trabalho, apresentam-se, a seguir algumas características que podem apoiar a identificação de aspectos mais propícios à permeabilidade das organizações à participação de trabalhadores e cidadãos. Em oposição à formação burocrática tradicional, com base nos princípios clássicos propostos por Fayol (1954) e nas características identificadas por Weber (1997) nas organizações modernas, contrapõe-se a possibilidade de uma formação político organizacional¹ (a partir da livre adaptação de contribuições de Boje e Dennehy, 1993; Clegg, 1990; Cooper, 1984; Farah, 1998; Fisher, 1997; Guerreiro Ramos, 1893; Junqueira, Inojosa; Komatsu, 1998; Loiola; Moura, 1997; Matus, 1996; Santos, 1995; Soares; Gondim, 1998; Thielemann, 1996).

Formação burocrática tradicional	Formação político-organizacional
Centro claro de poder — planejamento centralizado, sem a participação de executores e cidadãos.	Centros difusos de poder — planejamento descentralizado, incluindo a participação de executores e cidadãos.
Estruturas hierárquicas rígidas — liderança centralizada nos diversos níveis hierárquicos (unidade de comando) e orientada para o cumprimento de metas definidas de modo normativo.	Estruturas fluidas flexíveis — liderança descentralizada com uma ética voltada para servir os cidadãos em uma rede de relacionamentos, orientada por uma imagem objetivo que inclui a alteração do contexto histórico social.
Ações padronizadas, baseadas em papéis e normas.	Ações auto-reguladas, criadas a partir das necessidades da imagem objetivo e das mudanças em processo.
Setorialidade — operação fragmentada com base na especialização do saber e em programas normativos verticalizados.	Intersetorialidade — articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e monitoramento de ações interligadas. Refere-se aos problemas da população e ao seu equacionamento.
As metas são a racionalização e a eficiência.	A meta é a mudança, como um processo consciente de alterar relações sociais.
Controle cultural, por meio de padrões de conduta.	Aceitação da diversidade e celebração das particularidades.
Controle formal via supervisão e controle, tendo como referência a conformidade com normas e padrões.	Monitoramento das atividades em conjunto com trabalhadores e cidadãos, tendo como referência o encaminhamento de soluções para os problemas que estão sendo enfrentados. Favorece a inovação e a criatividade.
Avaliação auto-referida a metas e normas definidas internamente ao sistema.	Avaliação referida a expectativas dos cidadãos e dos parceiros na rede intersetorial.
Neutralidade tecnocrática — impessoalidade nos julgamentos, autonomia da burocracia.	Opção por valores claramente expressos, burocracia militante ou representativa.
Líder como condutor.	Líder como mobilizador, articulador.
Motivação pela remuneração e pela ascensão na hierarquia.	Motivação pela liberdade de implementar idéias e de gratificar-se com o sucesso (o que não dispensa a justa remuneração).
O espírito de corpo como condição para a harmonia e a unidade, sendo mais produtivo que a discordância.	A discordância em torno de idéias é fator de sucesso em processos de mudança.
Todos os fatores de produção precisam estar, ordenadamente, em uma estrutura adequada.	Os fatores de produção são continuamente rearranjados.
Localização espacial clara.	Localização espacial difusa.
Formalismo como estrutura de sobrevivência da organização e da preservação de interesses.	Formalismo como estratégia de mudança, de avançar no tempo com relação a normas que paralisam processos de mudança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse texto se inscreve na condição de uma provocação para o de-

bate político em torno da participação na formação da política de saúde. Não se recusa, nem se considera como pejorativa, qualquer crítica que

¹ Uma outra versão dessa tipologia pode ser encontrada em Misoczky (2002a).

o defina como tendo um caráter voluntarista. Mais do que isto, esse é um texto que se assume como orientado por desejos os quais no sentido deleuziano, são sempre positivos, não se referindo a ausências. O desejo como positividade corre sempre o risco de acontecer, de ganhar força, de criar territórios e de mudar a vida. Como indica Caiafa (2000, p. 72) “a potência transformadora do desejo nos leva a admitir essas linhas de fratura, nos permite agir/pensar não só no que já está, mas também no possível. (...) Daí o otimismo crítico, que se produz acompanhado de um pessimismo rigoroso”.

Para adotar-se o otimismo crítico é preciso romper com a proibição de pensar o futuro e, como indica Nogueira (2001, p. 126), deixar de lado formas adaptativas de administração da mudança e retomar a capacidade de projetar o futuro, sempre presente na noção de democracia.

Em boa medida, a democracia é um jogo de poderes e contra-poderes: sua natureza é dada pela intervenção deliberada de sujeitos organizados. Trata-se de uma construção que depende de correlação de forças, de capacidades organizacionais, técnicas, políticas e intelectuais, e que não vive fora do conflito, do confronto constante entre as partes e os poderes. Toda democracia é forma (instituição, regras) e movimento, silêncio e ruído. Em seu coração pulsa uma aposta: a de que é possível mudar o modo de vida e de decisão, deslocar hegemonias e fundar novos pactos. Na metáfora do teatro, ela afirma ser possível que a platéia domine a cena e vincule o palco a si.

Espera-se que esse artigo contribua, ainda que de modo pontual e restrito, para a discussão necessária e indispensável sobre gestão participativa e aprofundamento da democracia no campo da saúde. As indicações aqui sistematizadas apontam para a superação do pólo do pragmatismo na abordagem da participação na administração pública. Apontam, também, para alguns obstáculos que, ao serem superados, potencializariam esse es-

O DESEJO COMO POSITIVIDADE
CORRE SEMPRE O RISCO DE
ACONTECER, DE GANHAR FORÇA,
DE CRIAR TERRITÓRIOS E
DE MUDAR A VIDA

paço magnífico que se constitui em praticamente todos os municípios brasileiros – os conselhos de saúde. Esses obstáculos se localizam tanto nos próprios conselhos quanto no interior das organizações.

De qualquer forma, espera-se que as discussões, as quais ocorrerão durante a Conferência Nacional de Saúde Sergio Arouca, tragam aportes da vivência da participação para que essa discussão seja aprofundada e consiga avançar. Espera-se, fi-

nalmente, que a Conferência recuse a definição de gestão participativa que se encontra nas Diretrizes produzidas pelo Ministério de Saúde para a mesma, e que afirma como sendo seu objetivo a agregação de “legitimidade às ações de governo, criando sustentabilidade aos programas e políticas propostas” (BRASIL, 2003, p. 14). São visões como esta que concebem a participação a partir de uma visão pragmática e, nesse caso, ainda com foco na governabilidade, que obstaculizam o aprofundamento da democracia na administração pública brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTVATER, Elmar. Os desafios da globalização e da crise ecológica para o discurso da democracia e dos direitos humanos. In: HELLER, A. *et al.* (Orgs.). *A crise dos paradigmas em ciências sociais e os desafios para o século XXI*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1999.

AROUCA, Sergio. O eterno guro da Reforma Sanitária. Entrevista concedida à *RADIS*, Rio de Janeiro, n. 3, out. 2002. p. 18-21.

BAVA, Silvio Caccia. *Participação, representação e novas formas de diálogo público*. São Paulo: FGV, 2001.

BOJE, David; DENNEHY, Robert, F. *Managing in the postmodern world: America's revolution against exploitation*. Iowa: Kendall/Hunt Publ. Co., 1993.

- BRASIL. Ministério da Administração e Reforma do Estado. *Organizações sociais*. Brasília, DF: MARE, 1998.
- _____. Ministério da Saúde. *Propostas e diretrizes do Ministério da Saúde para os eixos temáticos*. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 24 set. 2003.
- CAIAFA, Janice. *Nosso século XXI: notas sobre arte, técnica e poderes*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.
- CARVALHO, Gilson. *Defender conselho de saúde e comissões de gestores é praticar democracia ilusória, com concessão de migalhas?* 2003. (mimeo.).
- CARVALHO, Maria do Carmo A. *Participação social no Brasil hoje*. Disponível em: <<http://www.polis.org.br/publicacoes/papers/19982.html>> Acesso em: 31 ago. 2002. Texto produzido em 1998.
- CLEGG, Stewart R. *Modern Organizations: organizations studies in the post-modern world*. London: Sage, 1990.
- COOPER, Terry. Citizenship and professionalism in public administration. *Public Administration Review*, n. 44, 1984. p.143-149.
- DEMO, Pedro. *Participação é conquista*. São Paulo: Cortez, 1993.
- _____. *Pobreza política*. 5. ed. Campinas: Editora Autores Associados, 1996.
- FARAH, Marta F. S. Reforma de políticas sociais no Brasil: experiências recentes de governos subnacionais. *Revista de Administração da USP*, São Paulo, v. 33, n. 1, jan./mar.1998. p. 51-59.
- FAYOL, Henri. *Administração industrial e geral*. São Paulo: Atlas, 1954. (1ª edição brasileira 1950).
- FIORI, José Luís. A governabilidade democrática na ordem econômica. *Novos Estudos CEBRAP*, n. 43, 1995. p. 157-172.
- FISCHER, Tânia. (Org.). *Gestão contemporânea: cidades estratégicas e organizações locais*. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1997.
- GOHN, Maria da Glória. *Conselhos gestores e participação sóciopolítica*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- GUERREIRO RAMOS, Alberto. *Administração e contexto brasileiro: esboço de uma teoria geral da administração*. Rio de Janeiro: FGV, 1983.
- JUNQUEIRA, Luciano A. P., INOJOSA, Rose M., KOMATSU, Suely. Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. In: CLAD. *El tránsito de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública: perspectivas, posibilidades y limitaciones*. Série Concurso de Ensayos CLAD. Caracas: UNESCO/CLAD, 1998.
- KELLY, Rita Mae. An inclusive democratic polity, representative bureaucracy and the new public management. *Public Administration Review*, v. 58, n. 8, 1998. p. 201-208.
- KLIKSBERG, Bernardo. Seis teses não-convencionais sobre participação. *Revista de Administração Pública*, São Paulo, v. 33, n. 3, 1999. p. 07-37.
- LABRA, Maria Eliana; FIGUEIREDO, Jorge S. A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2002. p.537-547.
- LIMA, Juliano de Carvalho. Representatividade e participação das bases na categoria dos usuários de um Conselho Municipal de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 59, dez. 2001. p. 29-39.
- LOIOLA, Elisabeth; MOURA, Suzana. Análise de redes: uma contribuição aos estudos organizacionais. In: FISCHER, Tânia (Org.). *Gestão contemporânea: cidades estratégicas e organizações locais*. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1997.
- MATUS, Carlos. *Chimpanzé, Maquiavel e Ghandi: estratégias políticas*. São Paulo: FUNDAP, 1996.
- MISOCZKY, Maria Ceci. Mudanças na administração municipal: possibilidades de uma formação político-organizacional. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 6, n. 2, 2002a. p.99-122.
- _____. *O campo da atenção à saúde após a Constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social*. Porto Alegre: Dacasa, 2002b.
- NOGUEIRA, Marco Aurélio. *Em defesa da política*. São Paulo: Editora SENAC, 2001.

PARKER, Martin. *Against management: organization in the age of managerialism*. London: Polity, 2003.

ROCHA, Kleber da Silva. *Reflexões em torno da ortodoxia e da flexibilização: gestão pública, práticas de trabalho e participação*. (Monografia) – Curso de Especialização em Gestão Pública Participativa da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, 2003.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003a.

_____. O papel ético da descentralização na implantação do Sistema Único de Saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 28, julho 2003b, p. 93-96.

SANTOS, Boaventura de Souza. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 1995.

SILVA, Ilse Gomes. *Democracia e participação na 'Reforma' do Estado*. São Paulo: Cortez, 2003.

SOARES, José A.; GONDIM, Linda. Novos modelos de gestão: lições que vêm do poder local. In: SOARES, José A., CACCIA-BAVA, Silvio (Orgs.). *Os desafios da gestão municipal democrática*. São Paulo: Cortez Ed./Centro Josué de Castro/Pólis, 1998.

THIELEMANN, Gregory S. A demand-side perspective on the importance of representative bureaucracy: AIDS, ethnicity, gender, and sexual orienta-

tion. *Public Administration Review*, v. 56, n. 2, 1996. p. 168-172.

WEBER, Max. *Economia y Sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica, 1997. (1ª edição alemã 1922).

WORLD BANK. *World Bank participatory sourcebook*. Disponível em: <<http://worldbank.org/html/edi/sourcebook/sbhome/html>>. Acesso em: 15 maio 2001. Texto produzido em 1996.

Controle social: de quem? Para o quê?

Social control: of who? For what?

Soraia Dornelles¹
Maria Teresa Locks²

RESUMO

Faz-se uma reflexão sobre o controle social resultante de um processo de construção de participação popular em saúde em municípios do Planalto Serrano de Santa Catarina. Apresenta-se o controle social como um processo a ser construído e determinado por três questões: a aceitação e reconhecimento do conflito entre os grupos sociais, pela complexidade da vida; a construção de relações solidárias entre estes grupos para a detecção de problemas e a resolução dos mesmos; a necessidade da elaboração de conhecimento sobre as questões locais e o saber constituído, entendendo que são saberes que se complementam. A partir da articulação destas questões, o controle social transcende o caráter de fiscalização das ações governamentais, tornando-se um contrato social entre todos os atores envolvidos no processo.

DESCRITORES: *Sistemas Locais de Saúde; Participação Comunitária; Governo Local.*

ABSTRACT

The present article brings a reflection on the resultant social control of a process of construction of popular participation in health in cities of the highlands in Santa Catarina State. It presents social control as a process to be constructed and determined by three issues: the acceptance and recognition of conflict between social groups, given the complexity of life; the construction of solidarity relations between these groups for the detection of problems and their solution; the necessity of elaborating knowledge on local questions and knowledge which consists understanding, keeping in mind their complementary nature. From the articulation of these questions, social control exceeds the inspection character of governmental actions, becoming a social contract between all the actors involved in the process.

DESCRIPTORS: *Local Health Systems; Consumer Participation; Local Government.*

¹ Enfermeira, doutora em Filosofia da Saúde e Enfermagem, coordenadora do curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), funcionária da Diretoria de Regulação e Auditoria do Sistema de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
Rua São Vicente de Paula, 307
CEP 88025-330 – Florianópolis – SC
e-mail: soraia@floripa.com.br

² Enfermeira, mestre em Saúde Pública, Diretora de Regulação e Auditoria do Sistema de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
Rua das Cerejeiras, 186 – Casa 2
CEP 88040-510 – Florianópolis – SC
e-mail: dire@saude.sc.gov.br

Cabe-nos aqui a tarefa de transformar em palavras, escritas e inteligíveis, a experiência de participação popular em saúde e de controle social realizada em alguns municípios de Santa Catarina, situados no Planalto Serrano, que posteriormente foi tema de tese de doutoramento. Este artigo é a adaptação do último capítulo da tese.

Nas últimas décadas do século XX, vimos o florescer de diversas experiências de participação comunitária, mas esta, por nós vivenciada na Região Serrana, foi singular, dado o grande envolvimento de todos os segmentos sociais (sociedade civil e política, além dos técnicos dos setores públicos), as formas alternativas de enfrentamento dos problemas locais e as mudanças ocorridas nesses municípios, graças ao trabalho coletivo dos atores sociais envolvidos.

Não é fácil traduzir uma experiência que foi construída em sete anos, 17 municípios,¹ congregando cerca de 265.000 habitantes, junto com diversas entidades não governamentais,² numerosos técnicos de instituições públicas³ e, praticamen-

te, a totalidade das entidades governamentais⁴ desses municípios. Como avaliar se essa experiência contribuiu e, em quê, para a construção da cidadania e consolidação do controle social local?

Gramsci (1975, p. 51) afirmara que “toda ação é o resultado de diversas vontades, com diversos graus de intensidade, de consciência, de homogeneidade, com o conjunto íntegro da vontade coletiva”. E, a vontade individual, muitas

A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODO DE
PENSAR É SEMPRE UM PROCESSO FRÁGIL,
“NOTADAMENTE QUANDO ESTAS NOVAS
CONVICÇÕES ESTÃO EM CONTRADIÇÃO COM AS
CONVICÇÕES ORTODOXAS, SOCIALMENTE
REFORMISTAS, DE ACORDO COM OS
INTERESSES DAS CLASSES DOMINANTES”

vezes, é desagregada, contraditória. Mas, pertencemos sempre a um, ou a diversos grupo(s) que compartilha(m) um mesmo modo

de pensar e agir. A construção de um novo modo de pensar é sempre um processo frágil, “notadamente quando estas novas convicções estão em contradição com as convicções ortodoxas, socialmente reformistas, de acordo com os interesses das classes dominantes” (GRAMSCI, 1975, p. 27).

Esta última afirmação não reflete integralmente a experiência vivida na Região Serrana, à medida que, neste processo de construção da participação popular em saúde, o fim tornou-se o próprio caminho, em que cada passo correspondia aos objetivos que tínhamos de participação popular e controle social⁵ e no qual tentamos construir formas de aceitação de toda e qualquer vontade e desejo. O controle social nasce daí? Sabemos que ele pode surgir da aceitação e do estímulo às diferenças e multifacetadas que, antes de serem antagônicas, podem ser complementares e traduzir a complexidade da sociedade e de suas relações sociais.

No construir da participação popular em saúde, a paixão, a vontade e o empenho de todos

¹ Anita Garibaldi, Bom Jardim da Serra, Bom Retiro, Bocaina do Sul, Campo Belo do Sul, Cerro Negro, Celso Ramos, Correia Pinto, Lages, Otacílio Costa, Ponte Alta, Rio Rufino, São José do Cerrito, São Joaquim, Urupema e Urubici.

² Entre elas, Cáritas Diocesana, Pastoral da Saúde, Pastoral da Mulher, Sindicatos de Trabalhadores Urbanos e Rurais, Rotary Club, Associações de Moradores, Conselhos Municipais de Saúde, Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente, Fórum de Entidades da Saúde.

³ Dos setores: Saúde, Educação, CASAN, EPAGRI, CELESC, TELESC, QDASC, FATMA, Segurança Pública, Banco do Brasil.

⁴ Prefeituras com suas Secretarias, Legislativo Municipal e Estadual.

⁵ Pois, como apontar, no discurso, o direito e a responsabilidade da participação de cada vontade individual na construção de uma vontade coletiva e conseqüente elaboração de políticas de saúde sem respeitar essas vontades, e sem criar instrumentos capazes de abarcá-las e refleti-las, por mais que elas possam ser descoordenadas, desarticuladas e contraditórias?

aqueles que fossem aderindo ao processo foram vitais para sua realização (independente da profissão, do grau de escolaridade ou do grupo social ao qual pertencesse a pessoa). Todos foram considerados entre si essenciais à construção de um novo modo de pensar e agir em saúde. Assumimos essa postura por acreditar que é no embate democrático das diversas visões e concepções de mundo que há a possibilidade de construção da própria participação e controle social sobre as ações públicas e/ou governamentais.⁶ É na construção de instrumentos democráticos que a vontade coletiva pode prevalecer e contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Contudo, isto não elimina o fato de termos de partir da realidade, constituída das mais diversas visões de mundo.

As diversas concepções coexistentes geram conflito entre si. O conflito existe, as diversas visões sobre vida, saúde e doença coexistem simultaneamente (em uma relação dialética), e, se uma prevalece sobre as demais, não é somente porque há o domínio ideológico dessa visão, mas também porque resistência e explicitação de outros pen-

samentos não são possibilitados. Quer dizer, a hegemonia de uma dada visão de mundo não ocorre somente por seus méritos ou deméritos, ou pelo estabelecimento de mecanismos que possibilitem esse domínio, mas, também, por méritos e deméritos das outras visões. É o embate democrático que possibilitará a explicitação dos diversos pontos de vista. É a existência de conflitos que possibilita⁷ a busca de soluções coletivas e democráti-

É NA CONSTRUÇÃO DE
INSTRUMENTOS DEMOCRÁTICOS
QUE A VONTADE COLETIVA PODE
PREVALECER E CONTRIBUIR PARA
A MELHORIA DA QUALIDADE DE
VIDA DAS PESSOAS

cas, mas em uma nova construção, em que todos possam estar instrumentalizados de modo adequado para a argumentação política.

A vida das pessoas as coloca (individual ou coletivamente) entre posturas e pontos de vista diferenciados

sobre questões comuns a todas, uma vez que a diversidade de idéias é inerente à própria existência humana. A tentativa de hegemonização de uma sobre as demais é parte do processo social do homem, aceitemos ou não, mesmo porque ainda estamos longe de viver em uma sociedade na qual os seres humanos são essencialmente éticos, a ponto de buscarem os bens produzidos no limite de suas necessidades.⁸

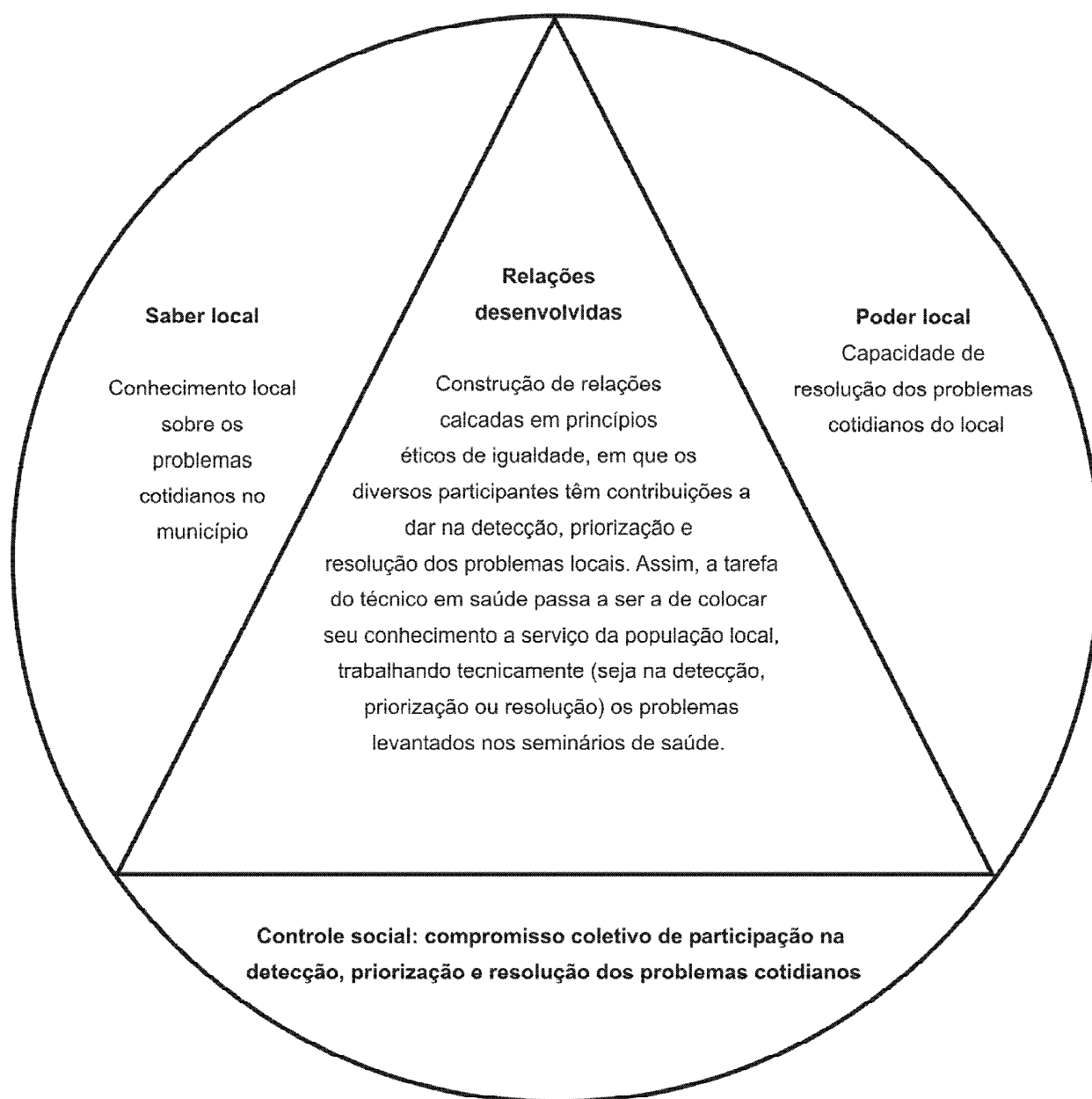
Controle social, embate democrático e participação popular apenas têm sentido se pensados e construídos em conjunto. Participação popular é a concretização da participação cidadã em questões de interesse coletivo, cotidianas e comuns a todos, portanto, de conhecimento de todo e qualquer cidadão, o saber local. O controle social se torna, a partir disso, a realização da análise coletiva sobre as ações, também coletivas e coletivamente contratadas, voltadas para o interesse de todos. Deixa de ser a simples fiscalização sobre as ações governamentais, porque o 'governamental' se confunde com o bem comum, entendido como o melhor para todo e qualquer cidadão, no seu cotidiano.

⁶ Nem toda ação, com conseqüências coletivas, é governamental.

⁷ Aqui entendida a possibilidade como potência, que só pode ser expressa a partir da premissa da liberdade.

⁸ Além disso, o próprio entendimento sobre necessidade humana reflete toda a complexidade social. A necessidade, concebida apenas como carência material, implica na limitação de seu espectro ao puramente fisiológico, à mera subsistência. Ao contrário, necessidade como 'carência' e 'possibilidade de' permite-nos tornar a sua satisfação um processo dialético, de viver e realizar as necessidades, de forma contínua e renovada, em todos os aspectos da vida.

DIAGRAMA – Categorias componentes de participação popular na detecção, priorização e resolução dos problemas de saúde



O diagrama sintetiza a reflexão sobre a tecnologia construída e a inter-relação entre saber, poder, controle e participação. A interação entre o saber local, o poder local e o controle social ocorre sob o prisma da construção de relações igualitá-

rias, fraternas, democráticas e dialógicas, em uma época, como diria Dreifuss (1996. p. 325), de fim de milênio, com as “perplexidades de três processos estonteantes: globalização econômica e de modos de produzir, mundialização social e de

modos de viver, e planetarização política e institucional dos modos de dominar”. Concomitante à globalização, mundialização e planetarização, presenciamos as contradições e os antagonismos da “afirmação e preservação de particularida-

des, localismos e singularidades”, em um sistema repleto de contradições, capazes de produzir, além de determinações sociais complexas, um sistema de relações que tendem a esta mesma complexidade.

A entrada de um novo milênio, por si só, não nos remete automaticamente a lutas pela construção de alternativas aos regimes econômicos e sociais dominantes e à história de seus vencedores, ou ao declínio e emergência de culturas e sociedades locais, ou ainda, ao reconhecimento ou negação da pluralidade e complexidade da natureza humana, estranhamente questões muito ligadas às tendências de globalização, mundialização e planetarização. Mas, nos leva a refletir sobre os conceitos assumidos acerca dos próprios fatos e da forma de apreensão dos mesmos. Dreifus afirma:

vivemos, em verdade, fenômenos atordoados e desconcertantes, enfeitadores e inquietantes, que deixam a descoberto a inadequação de categorias e conceitualizações, espichadas até as raias do absurdo, para acomodar “acontecimentos-em-processos” e realidades qualitativamente diferentes – singulares, particulares, “específicos concretos” vividos ou acontecidos. Eles deixam em flagrante evidência, como nunca, não só a incapacidade explicativa das ideologias, mas sua inoperância para fornecer ‘harmonias cognitivas’ tranqüilas e conclusivas (1996, p. 329).

Atualmente,

convivemos com diversas simultaneidades: do estatal, e do não estatal; do

mercado – que não é auto-organizante de forma espontânea, mas é essencialmente institucional e costumeiro – e do governo; do fronteiriço e do transnacional; do comunitário e do particular; do público e do privado; do físico e do virtual (DREIFUS, 1996, p. 330).

As sociedades tornam-se mais complexas em um tempo cada vez menor. Novas realidades irrompem com rapidez alucinante e velhas transformam-se continuamente, de modo que se torna difícil visualizar e organizar, em termos de conhecimento e ação, a

À ENTRADA DE UM NOVO MILÊNIO
NOS LEVA A REFLETIR SOBRE OS
CONCEITOS ASSUMIDOS ACERCA
DOS PRÓPRIOS FATOS E DA FORMA
DE APREENSÃO DOS MESMOS

diversidade e a multiplicidade de diversidades. Questionamentos antigos são acrescidos de novos e/ou mesmo mudam de significados.

Pergunta-se o que seja bem comum “(ou ‘da maioria’, ou ‘de todos’) e como alcançá-lo, mas tendo que considerar os diversos padrões e referências de satisfação individual? Como fazer para maximizar e preservar a liberdade perante a autoridade, a regulamentação e o controle? Como assegurar o exercício da autoridade sem ofender a iniciativa do indivíduo? Como lidar com

os mecanismos e práticas de exclusão embutidos nas instituições e nas mentalidades? Como compartilhar, de forma legítima e legal, de bens societários que requerem uma designação prévia, pois somente ao consensualizar a sociedade a respeito de quais seriam haveria possibilidade de apropriar-se deles, efetivamente (DREIFUS, 1996).

Estas questões devem estar presentes na construção do controle social, acrescentando ao esforço prático uma direção teórica, pela constante necessidade de agregar ao ato a reflexão sobre sua adequação técnica e ética, em especial sobre as conseqüências de cada decisão.

A tentativa de respostas a algumas das questões colocadas têm, como local predominante de origem e desenvolvimento, o município, que é lugar de moradia das pessoas, onde consideramos haver a possibilidade de apreensão das singularidades e multiplicidades deste começo de milênio, sob uma perspectiva de vivência concreta cotidiana, tentando uma aproximação com a riqueza e a complexidade da vida individual e coletiva das pessoas em seu local de moradia, trabalho e vivência, lugar onde efetivamente se dá a intervenção e a mudança na história humana. O espaço se refere, portanto, ao espaço local, seja ele o município ou a comunidade. O município é aqui tomado como primeiro nível de representação democrática do território, definido jurídica e territorialmente, como um espaço limitado, em que as pessoas

vivem e têm poder e autonomia na condução de suas políticas locais (sejam elas econômicas ou não).

Os municípios são os espaços naturais onde se produzem trocas entre homens e mulheres. Onde são mais dinâmicas as relações culturais, econômicas ou sociais, o que significa que a maior presença local na vida cotidiana não pode ser uniforme, mas sim assimétrica e imaginativa. Este raciocínio é semelhante à noção conferida à comunidade, que pressupõe também um caráter de identidade, cultural e histórica.

É com base na sua implantação neste espaço municipal que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido discursado desde sua inclusão na Constituição Federal brasileira de 1988, criando uma rede de referência que têm início e fim no local de moradia das pessoas. Assim, o planejamento das políticas de saúde deveria se voltar para a aproximação da vida cotidiana de cada cidadão.

Nesse sentido, nada mais óbvio que em nível local se deva lutar para que todos participem ativamente das decisões locais sobre as ações de saúde, sendo o Conselho Municipal de Saúde um promotor da participação cidadã cotidiana (e não apenas nas Conferências) e o coordenador do processo municipal de planejamento e execução das ações e políticas de saúde local.

Voltando ao espaço de implementação do SUS: o planejamento centralizado, no qual as ações são determinadas de forma vertical, do nível central ao local, deve ser invertido, e o planejamento e a execução das ações devem ser realizadas com base em relações igualitárias (e horizontais), tanto no nível local, quanto na relação entre esse nível e o mais central.

Há, pois, uma reversão para a horizontalização, sustentada pela

O PLANEJAMENTO DAS
POLÍTICAS DE SAÚDE
DEVERIA SE VOLTAR
PARA A APROXIMAÇÃO
DA VIDA COTIDIANA
DE CADA CIDADÃO

participação cidadã e democrática, constituída de três dimensões das relações sociais: o saber local, o poder local e o controle social, aqui analisadas sob prisma particular, como veremos a seguir.

A nossa experiência de tentar colocar no seu lugar o processo de participação cidadã, tem como premissa a inclusão desse novo conteúdo à

forma das relações estabelecidas, ou seja, construir planos de horizontalidade, nos quais o saber, o poder e o controle seriam ressignificados, em uma 'dialógica' pela emergência da 'equidiversidade', como o proposto por Leopardi (1998).

O local – seja ele o município, parte dele, ou a comunidade – é a base do trabalho, e sem esta referência seria impossível obter os resultados relatados. Dalari, 1985. p. 14 menciona que:

as Prefeituras e as formas de articulação política municipal são a face local do Estado, a face local do poder, que tem um papel fundamental para manutenção do conjunto das relações de dominação na sociedade.

Isso confere uma nova dimensão à questão da localização, no sentido de ser o município o local de origem e chegada do planejamento e execução das políticas públicas e das ações de saúde, início e fim também do processo de planejamento em saúde, conferindo maior decisão e controle local sobre elas, ainda que possam ter pontos de convergência com políticas de caráter estadual ou nacional.

Longe estamos, portanto, de diminuir a importância de outras instâncias que não aquelas municipais, as de cunho regional, estadual ou federal, até mesmo porque muitas ações de saúde somente têm sentido nestes níveis.⁹ Apenas chamamos

⁹ Como, por exemplo, as ações direcionadas ao enfrentamento de epidemias ou as referências de serviços de maior complexidade, nos quais a articulação tem de ser em níveis mais elevados do que no espaço municipal.

a atenção para a necessidade do desenvolvimento de novas formas de articulação entre os diversos níveis, de modo que caiba ao município ser a porta de entrada do Sistema de Saúde, em todos os sentidos dessa expressão, ou seja, ser a porta de entrada no planejamento e execução das políticas de saúde e finalidade deste mesmo planejamento e políticas.

O local é encarado, aqui, sob a ótica das pessoas que o ocupam, pois os municípios e as comunidades somente existem porque as pessoas os criam. O saber local só existe quando as pessoas o possuem, e está ligado ao conhecimento que elas têm de sua história coletiva, seus cotidianos e os problemas dele decorrentes. Uma visão parcial, de um único ator (ou grupo), seja ela técnica ou governamental, ou mesmo das camadas mais populares, não comporta a complexidade da vida cotidiana local. Do mesmo modo, o conhecimento exclusivo de fatos que ocorrem em outros locais,¹⁰ apesar de demonstrar uma apreensão da vida em geral e até um domínio dos acontecimentos gerais, não expressa a riqueza da vida cotidiana da coletividade à qual as pessoas pertencem.

O poder concentrado é que determina os sistemas não democráticos, ao passo que o poder distribuído (ou conquistado) entre as parcelas de uma população, representadas por associações, sindicatos e grupos

comunitários ou mesmo indivíduos, implica no reconhecimento da participação como forma de convivência. A esfera pública constitui o elemento aglutinador das vontades coletivas e individuais.

O saber local é desenvolvido com base na vida cotidiana (coletiva e individual) das pessoas e se refere a ela. É esta vida e nela que estão as condições concretas para que as comunidades possam detectar, priorizar e resolver os problemas.

UMA VISÃO PARCIAL, DE UM
ÚNICO ATOR (OU GRUPO),
SEJA ELA TÉCNICA OU
GOVERNAMENTAL, OU MESMO
DAS CAMADAS MAIS POPULARES,
NÃO COMPORTA A COMPLEXIDADE
DA VIDA COTIDIANA LOCAL

Quanto mais próximos estivermos da vida concreta das pessoas, mais conhecimento teremos dos problemas a elas afetos e maiores as possibilidades de produção de ações conseqüentes, em sintonia com outros níveis de conhecimento, do científico ao religioso.

O saber local não se restringe à simples coerência dada aos problemas percebidos como tais pelas pes-

soas transformadas em indicadores estatísticos. Por mais sofisticadas que sejam as técnicas estatísticas, muitas questões detectadas não são passíveis de mensuração. O saber local transcende-as e pode tê-las como um instrumento auxiliar no conhecimento da realidade.

Não pode ser confundido, porém, com a opinião pública, pois sua base é o conhecimento da realidade local, de pessoas que nela vivem e que a transformam. Aqui, diferentemente da opinião pública, a riqueza e complexidade da própria vida é ressaltada e se parte da multiplicidade de visões de mundo como forma de conhecer melhor o próprio cotidiano, deixando distantes as distorções próprias da ideologia de massas. Diferencia-se da opinião pública por conter como elemento chave a participação, portanto, também a enunciação coletiva dos fatos da saúde. Lançamos mão de Sánchez (1997, p. 2), que considera participação cidadã

no sentido de tomar parte (do indivíduo para o todo) na gestão do coletivo, da coisa pública. E a coisa pública (res publica) é aquilo que afeta e interessa à sociedade em seu conjunto, não é monopólio exclusivo do Estado (...) Participar não é somente colaborar, nem opinar sobre determinado assunto ou atuação. Não é informar, ou sentir-se informado do que fazem os seus representantes. Participar supõe um mais de vontade, de intervenção, um sentimento de pertencimento a uma coletividade, a um grupo, a uma cidade.

¹⁰ O conhecimento de fatos mundiais, considerados de 'grande importância', como a alta do dólar, a queda da bolsa, as guerras etc.

A participação não pode ser reduzida àquela permitida pelos governos e,

pretender reduzir a participação na coisa pública ao que permitem os canais desenhados pelos poderes públicos é desconhecer a importância da atividade associativa nas cidades, é limitar a idéia de participação à emissão de opiniões a respeito das atuações administrativas.

Participar é um verbo, um processo, uma ação, uma dinâmica.

Há um problema aqui. A informação é essencial para o saber local e a participação cidadã. O conhecimento de cada indivíduo sobre o que se passa no seu município, sobre as decisões tomadas pelos organismos locais (sejam eles governamentais ou não) em relação aos projetos e ações sobre os problemas encontrados, possibilita a participação individual nos organismos locais (sejam eles governamentais ou não).

O saber local depende da articulação dos diversos atores sociais e da possibilidade de explicitação das diversas visões de mundo, de cotidiano e de problemas percebidos. Quanto maior o número de participantes do processo, mais próximo chegamos da realidade local. Quanto mais visões explicitadas, mais possibilidades temos de apreender a complexidade da vida cotidiana. Aqui, a pluralidade é bem-vinda e perpassada pelo reconhecimento de que a explicitação do conflito reflete a riqueza da própria vida, vista agora como instrumento essencial para o conhe-

cimento da realidade. O conflito – entendido não como a existência de antagonismos, como já discutido –, no qual a vitória de uma visão dependeria da derrocada de outra(s), mas como parte integrante da vida, reflexo da multiplicidade de visões.

Nesse sentido, seu reconhecimento torna-se sua superação, e o saber local passa a conter também o conflito e a busca do interesse geral, o que afeta a uma generalidade de pessoas. Como diz Sánchez,

O SABER LOCAL DEPENDE

DA ARTICULAÇÃO DOS DIVERSOS
 ATORES SOCIAIS E DA POSSIBILIDADE
 DE EXPLICITAÇÃO DAS DIVERSAS
 VISÕES DE MUNDO, DE COTIDIANO
 E DE PROBLEMAS PERCEBIDOS

é no caminho da realização dos interesses gerais, das diferentes visões, contraditórias entre si, plurais e diversas que a coisa pública é gerida. Não há um único caminho, um único jeito, um único agente interventor (1997, p. 3).

Morin, ao tratar do elo vital entre democracia e diversidade, afirma que a necessidade do resgate dos valores pressupunha, embora invertido em sua concepção burguesa, uma nova possibilidade de relações, pois

a democracia necessita ao mesmo tempo de conflitos de idéias e de opiniões, que lhe conferem sua vitalidade e produtividade. [...] Desse modo, exigindo ao mesmo tempo consenso, diversidade e conflituosidade, a democracia é um sistema complexo de organização e de civilização políticas que nutre e se nutre da autonomia de espírito dos indivíduos, da sua liberdade de opinião e de expressão, do seu civismo, que nutre e se nutre do ideal Liberdade/Igualdade/Fraternidade, o qual comporta uma conflituosidade criada entre esses três termos inseparáveis. (2000, p. 108)

Assim, os conflitos conferem vitalidade à democracia, que vive das pluralidades e das concorrências. Esta perspectiva dá uma nova interpretação sobre o segundo eixo, considerado a questão do poder local, visto agora não mais sob a ótica da hegemonia de grupos e/ou atores sociais, mas sim a partir da capacidade de autonomia local, dada pelo enfrentamento e resolução dos problemas detectados, além de ser fundamentalmente a expressão da capacidade de decisão sobre o processo.

O que entra em jogo é a força coletiva e a participação cidadã na definição de problemas e no encaminhamento de sua solução, constituídos pela experiência do poder distribuído. A partir do momento em que haja o conhecimento dos problemas locais, sua solução é discutida, encaminhada e avaliada.

O poder local não se refere a capacidades individuais (sejam estas de uma pessoa ou grupo) de en-

frentamento dos problemas, mas ao coletivo, constituído por vontades individuais que se expressam mutuamente. É o coletivo que define o que seja problema, prioriza-o e encaminha sua solução. A obtenção dessa solução, ou soluções, é, portanto, uma vitória da coletividade, uma afirmação de um tipo de poder pleno de potência para o desenvolvimento social, porque é constituído efetivamente por pessoas concretas. Reafirmando, é um poder local e não individual, ainda que a separação indivíduo/sociedade seja muito tênue e confusa.

Mais uma questão deve ser tratada aqui, a das relações desenvolvidas entre os trabalhadores do setor saúde e os usuários dos serviços, ambos cidadãos, atores políticos com capacidades particulares e visões de mundo distintas. Cabe aos trabalhadores do setor saúde a tarefa de colocar seus conhecimentos a serviço do saber e poder locais, articulando as diversas visões de mundo existentes no município, com o objetivo de traduzir a linguagem coletiva e popular em ações pertinentes específicas do setor saúde, permitindo a emergência do controle social.

Essa tarefa transcende o simples conhecimento técnico, explicitando-se em uma postura, do técnico em saúde, de estímulo à diversidade de idéias e de respeito aos diversos participantes do processo de detecção, priorização e resolução dos

problemas encontrados. O conhecimento técnico é colocado a serviço da vontade coletiva.

A capacidade coletiva de conhecimento dos problemas e construção das soluções fundadas nestes moldes leva-nos, portanto, ao terceiro eixo: o do controle social, aqui entendido como as regras estabelecidas para a detecção, priorização e resolução dos problemas, e não simplesmente a fiscalização sobre a atuação de entidades governamentais

CABE AOS TRABALHADORES
DO SETOR SAÚDE A TAREFA
DE COLOCAR SEUS CONHECIMENTOS
A SERVIÇO DO SABER E PODER LOCAIS

ou não governamentais, embora também a contenha. O controle é exercido pelo coletivo na avaliação do processo de solução dos problemas detectados e no compromisso prévio dos atores sociais em contribuir para buscar soluções.

Rousseau elabora o que intitula de 'contrato social', no qual, segundo ele, todas as cláusulas reduzem-se a apenas uma:

a alienação total de cada associado com todos os seus direitos a toda co-

munidade, pois primeiramente, cada um se dando por inteiro, a condição é igual para todos, e a condição sendo igual para todos, ninguém tem o interesse de torná-la onerosa para os outros (2000, p. 36).

Para ele, o contrato social é a base de toda sociedade civil, e é na natureza desse contrato que devemos procurar a base da sociedade que ele forma.

Reconhece-se, hoje, que o poder público (mesmo sob os auspícios da tão propalada democracia) não abarca a riqueza da vida das cidades.

Sánchez acrescenta que, apesar da eleição direta ser uma das formas de garantia da participação cidadã,

o sistema eleitoral e o sistema de funcionamento dos partidos políticos e instituições por si só não resultam em uma intervenção direta da cidadania na gestão dos assuntos públicos. [...] As decisões tomadas nos diferentes níveis de governo (local, autônomo ou central) são, na sua grande maioria, desconhecidas, quando não ignoradas pela maior parte dos cidadãos, que, unindo a percepção da política como algo perverso, comporta um alheamento da questão social que diz respeito à gestão da coisa pública (1997, p. 3).

Se, por um lado, há esses limites da administração governamental, por outro, a conduta do gestor municipal é essencial no sentido de estimular a participação cidadã e reforçar o compromisso ético com o conjunto de seus moradores. Apesar de a administração pública ser

condição insuficiente para a participação cidadã, ela é essencial.

Em síntese: o controle social efetivo transcende a fiscalização de ações governamentais. Depende da aceitação do conflito, do respeito a todo e qualquer ator social e da construção de mecanismos de participação cidadã. Não existe controle social sem sua construção no cotidiano das pessoas envolvidas. O fim é o próprio caminho, e é nele que aprendemos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DENTE, N. J. H. *Dicionário Rousseau*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1996.

DREIFUSS, Renè Armand. *A época das perplexidades: mundialização, globalização, planeraização – novos desafios*. Petrópolis, RJ: VOZES, 1996.

GRAMSCI, Antonio. *Quaderni del carcere*. Torino, Itália: Einaudi Editore, 1976.

LEOPARDI, Maria Tereza. *O cuidado no trabalho de enfermagem face ao discurso neo-liberal*. Itajaí, 12/05/00. (mimeo.).

MORIN, Edgar. *A cabeça bem feita: repensar a reforma – reformar o pensamento*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

_____. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo/Brasília, DF: CORTEZ/UNESCO, 2000.

RIOS, Sulio. *Poder local e cooperación humanitária*. Disponível em:

<www.iaga.com/igadi/html/t_fondo.htm>. Acesso em: 04 ago. 2000.

ROUSSEAU, Jean Jacques. *Do contrato social*. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

SÀNCHEZ, Fernando Pindado. *A la vida de lês ciutats*. In: Simposio – La democràcia local cap ao segle XXI. Cerdamyola del Vallès, Espanha. 20 a 22 de bivenbri de 1997. Disponible no site: <www.troc.es/repensar/simposixxi/ponencia.htm>. Acessado em: 28/08/00.

Controle Social na Saúde: construindo a Gestão Participativa

Social Control in Health: building a Participative Administration

Ana Maria Costa¹
José Carvalho de Noronha²

RESUMO

A participação da sociedade é uma das diretrizes fundamentais da Reforma Sanitária Brasileira fixada na Constituição de 1988. Os mecanismos para o seu exercício se estruturam não apenas sob a forma das Conferências e dos Conselhos de Saúde, mas por meio de outras alternativas que se foram consolidando com o aprofundamento da democracia no país. O artigo examina as potencialidades desses mecanismos participativos enquanto ferramentas de mudanças estruturais nos modelos de concepção, organização e gestão do sistema de saúde brasileiro, e da própria organização do Estado, ao colocá-lo sob controle permanente da sociedade, por meio de um novo estatuto jurídico-institucional e da participação direta da população. As relações entre as estruturas gestoras do SUS e a representação societária nos Conselhos são examinadas e o conceito de 'gestão participativa' é explorado.

DESCRITORES: *Participação Comunitária; Direito à Saúde; Reforma Sanitária; Mudança Social.*

ABSTRACT

The participation of the society is one of the fundamental directives of the Brazilian Health Reform fixed in the Constitution of 1988. It is exercised not only through the mechanisms of the Health Conferences and Councils, but also through other alternatives that are being consolidated with the advancement of democracy in the country. The article examines the potentialities of these participatory mechanisms as tools for structural changes in the models of conception, organization and management of the Brazilian Healthcare System. It also discusses their role in challenging the State organization as they put it under permanent societal control through new juridical institutional statutes and direct peoples' participation. The relationships between the managerial structures of the Unified Health System (SUS) and society's representation in the Health Councils are examined and the concept of 'participatory management' explored.

DESCRIPTORS: *Consumer Participation; Right to Health; Health Care Reform; Social Change.*

¹ Médica sanitária, coordenadora do GT Gênero e Saúde da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), Diretora de Articulação Intersetorial da Gestão Participativa do Ministério da Saúde (MS)
SQN 313 Bloco I Apto. 503
CEP 70766-090 – Brasília – DF
e-mail: ana.costa@saude.gov.br

² Professor Adjunto do Departamento de Políticas, Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social (IMS), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)
Rua São Francisco Xavier, 524 – 7º andar
CEP 20550-900 – Rio de Janeiro – RJ
e-mail: noronha@uerj.br

INTRODUÇÃO

A inclusão do direito à saúde como direito universal no texto constitucional de 1988 foi uma importante conquista no processo de construção da cidadania brasileira. Esta tendência da chamada Constituição Cidadã incorporou outras dimensões igualmente relevantes: a reafirmação do direito ao trabalho, à liberdade de expressão, à educação; a reorganização do Estado e a redefinição do pacto federativo, com ênfase na descentralização das políticas públicas e na participação social.

Com o advento do Sistema Único de Saúde, o SUS, na forma em que foi concebido, ou seja, a partir do acúmulo gerado no processo da Reforma Sanitária, está posto o desafio da mudança do paradigma da saúde. Esta mudança envolve um outro modelo assistencial para a saúde, que somente se processará com o envolvimento e o esforço de todos os atores envolvidos no processo: gestores, profissionais e usuários. Na esfera legal e normativa acumularam-se muitos avanços e mudanças, que ainda não se processaram no âmbito operativo da atenção à saúde.

Para que este novo paradigma se manifeste concretamente, será necessário que cada serviço de assistência se transforme em uma Unidade de Atenção à Saúde. Isto requer mudança de cultura na instituição e nas vidas e nos valores dos trabalhado-

res e dos usuários do SUS. Envolve modificar consagrados conceitos de fazer saúde e a consciência de cada trabalhador, fazendo-o incorporar na concepção que vai mediar seu trabalho, valores libertários, humanitários e de solidariedade.

As mudanças necessárias no espaço institucional estão relacionadas à prática e ao aperfeiçoamento para a gestão participativa. Entre estas, a valorização dos profissionais, o redirecionamento da lógica de organiza-

COM O ADVENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, O SUS, NA FORMA EM QUE FOI CONCEBIDO, OU SEJA, A PARTIR DO ACÚMULO GERADO NO PROCESSO DA REFORMA SANITÁRIA, ESTÁ POSTO O DESAFIO DA MUDANÇA DO PARADIGMA DA SAÚDE

ção dos serviços para os usuários e, no plano do maior desafio, as mudanças subjetivas, tanto referidas aos trabalhadores, quanto aos usuários, cujo objetivo é a construção de novos sujeitos, na condição de atores sociais e políticos, ansiosos por mudanças e capazes de realizá-las.

CONTROLE SOCIAL NO CONTEXTO DO SUS

O princípio de participação social se associa fortemente ao de descen-

tralização pelo fato da aproximação territorial entre usuários e gestores. No entanto, vícios de cultura política podem constituir-se em fatores negativos na concretização das práticas democráticas e do respeito aos princípios da Democracia que perseguimos. O combate ao clientelismo requer a construção de instituições que garantam a capacidade de fortalecimento do governo agregada à capacidade de controle dos cidadãos sobre as ações governamentais.

Essa perspectiva orientou a construção da proposta de organização do sistema de saúde brasileiro. A descentralização é concebida como deslocamento de espaços de poder para instâncias subnacionais tornando-se, para os setores organizados da sociedade, a participação em uma dimensão fundamental do processo.

Toda ação controladora da sociedade sobre o Estado, por meio de instrumentos próprios específicos em relação ao SUS, está no contexto do que chamamos de Controle Social. Portanto, o controle social expressa o objetivo de controle da sociedade sobre a política de saúde. As Conferências e os Conselhos de Saúde, criados pela Lei 8142/90, são, embora não exclusivos, instrumentos de Controle Social. Há igualmente outras alternativas de importância estratégica para a sua efetivação. Entre estas, listamos algumas:

- o voto sufragado na escolha dos governantes (executivos e legislativos) das diversas esferas de governo;

- plebiscito criado pela Constituição Federal; Art. 14 – I;
- projeto de Lei de iniciativa popular, criado pela Constituição Federal; Art. 27 § 4º e Art. 29 inciso XI;
- Ministério Público, definidas suas atribuições na Constituição Federal, Cap. IV, Seção I e respectivos artigos;
- órgãos de Defesa do Consumidor, regulamentados nos termos da Constituição Federal, Art. 5º - XX-XII e Art. 170 – V;
- mobilização popular, por meio dos mecanismos próprios das entidades populares e sindicais;
- meios de comunicação próprios dos Conselhos e a mídia em geral.

A legislação que regulamenta a implantação do SUS cria os mecanismos para efetivar as condições para isso¹, com a figura das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde existentes nas três esferas de governo. O Conselho de Saúde, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua em caráter permanente e deliberativo na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, na instância correspondente (federal, estadual e municí-

pal). O Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) têm representação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), e a representação dos usuários nos conselhos é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Essa forma de participação institucionalizada é definida por Carvalho como o “processo de inclusão no arcabouço institucional do Estado de

APESAR DOS OLHARES
DIFERENTES PARA O MUNDO
E A REALIDADE, CADA CONSELHEIRO
DEVE SER CAPAZ DE RECONHECER,
TOLERAR E RESPEITAR AS
DIFERENÇAS DO OUTRO

estruturas de representação direta da sociedade”, o que converte os Conselhos, na sua acepção, em “espaços estatais contra-hegemônicos”. Por outro lado, a gestão participativa pressupõe conselhos atuantes e deliberativos e conferências definindo prioridades locais, estaduais e nacionais, que devem pautar e definir as políticas de saúde a serem implementadas.

Em relação ao controle social exercido nas instâncias definidas pela Lei 8.142, constituiu-se a expectativa de que esses fóruns tivessem a “capacidade de influir sobre a gestão pública” com o objetivo de “banir as práticas fisiológicas e clientelísticas que conduziram à privatização da ação estatal no Brasil” (BARROS, 1992) e, por essa forma, tornar o acesso aos resultados da ação do Estado menos iníquo e desigual.

O exercício do controle social no âmbito da ação dos conselhos de saúde constitui um processo de interação entre distintos sujeitos, portadores de interesses diversos, nem sempre congruentes ou convergentes. Apesar dos olhares diferentes para o mundo e a realidade, cada conselheiro deve ser capaz de reconhecer, tolerar e respeitar as diferenças do outro, desenvolvendo, com todos, negociações claras e democráticas.

Os Conselhos de Saúde são, nesse contexto, espaços de poder, de conflito e de negociação. Mas, nas condições sociopolíticas brasileiras, não há como deixar de reconhecer a assimetria entre os membros dos Conselhos de Saúde, especialmente no que se refere ao acesso e ao uso das informações, assim como a outros recursos de poder, resultantes nas dificuldades para o efetivo cumprimento dos seus objetivos.

¹ A participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, assim como as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, foram regulamentadas pela Lei 8142, de 28/12/90.

A realização de seus fins pressupõe a existência de sujeitos políticos e sociais que atuem, que participem das decisões que os afetam, que lutem para determinar quais são os seus direitos e exigir o que for necessário para que possam usufruí-los. Sujeitos dotados de representatividade e de legitimidade, pois a ação individual, ainda que importante, não é suficiente para a ação política. A ação política exige sujeitos coletivos, em que se expressem o auto-reconhecimento e o reconhecimento do outro como portadores de direitos e de interesses. É isso que confere representatividade aos entes que congregam coletividades (COSTA; BARROS, 2000).

Ao participar de um conselho, as entidades representadas o fazem por intermédio de pessoas. Essas pessoas somente podem exercer a parcela de poder que lhes é facultada, se sua representatividade for reconhecida. É o reconhecimento que confere legitimidade e, portanto, poder à representação.

De acordo com a legislação, os Conselhos devem ter uma representação popular, e assim define que “a representação dos usuários (...) será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos”. A definição da sua composição, no entanto, por si só não garante o caráter popular do Conselho, definido aqui como democrático e identificado com os interesses populares. Uma composição ampla e representativa é fundamental ao cumprimento deste objetivo.

Os anos recentes de atuação dos conselhos evidenciam que estes organismos aglutinam forças emergentes da sociedade, surgindo como elemento novo no cenário das políticas de saúde no Brasil. São, por si só, questionadores da velha estrutura institucional, tecnocrática, centralizadora, autoritária e normativa, própria da tradição do Estado brasileiro. Caracterizam-se, portanto, como poderoso dispositivo de mudança no interior da estrutura or-

OS CONSELHOS E OS
SEUS INTEGRANTES DEVEM
ESTAR ABERTOS AOS NOVOS
VALORES E ÀS FORÇAS CRIATIVAS
E RENOVADORAS QUE VÊM
DO INTERIOR DA SOCIEDADE

ganizacional da saúde e na modalidade de gestão. São as mudanças requeridas pela gestão participativa seguindo o desejo das forças mobilizadas e atuantes na sociedade.

Isto não significa que os Conselhos estão isentos de incorporar elementos conservadores. Para se prevenirem contra a burocratização, evitando que passem a se caracterizar como força conservadora, os Conselhos e os seus integrantes devem estar abertos aos novos valores e às

forças criativas e renovadoras que vêm do interior da sociedade.

Sobre o caráter deliberativo do Conselho de Saúde não há dúvidas na interpretação da Lei, adverte Sueli Dallari, mas, na prática, é dependente da concepção política que o abriga, pelo jogo de poder que se estabelecer no seu interior, e por suas relações com os gestores. O poder da legitimidade se manifesta na permeabilidade que o Conselho adota às questões que são colocadas pelos diversos segmentos sociais representados, em especial, os usuários dos serviços de saúde.

Os conselheiros são eleitos por determinados segmentos sociais, a saber: “O Conselho de Saúde, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários”. Na eleição, os representados outorgam poder aos seus representantes, compondo aí elementos da democracia representativa, “onde o direito de fazer leis diz respeito a um corpo restrito de representantes eleitos por aqueles cidadãos a quem são reconhecidos direitos políticos”. Estes, no conselho, não se constituem enquanto um organismo ‘acima’ e separado das suas bases sociais. O vínculo permanente com o respectivo segmento deve estar expresso no exercício do controle direto dos atos do conselheiro ou por meio das suas entidades representativas. Esse controle e a revogabilidade dos mandatos dão aos Conselhos

características de organismos de democracia direta.

Outro dado a ser analisado diz respeito ao fato de que os Conselhos têm características de poder executivo e legislativo. De acordo com Guido Ivan de Carvalho, "O Conselho auxilia tanto a Câmara Municipal na elaboração de leis como o Prefeito na execução das leis, e ambos, Câmara e Prefeito (e especialmente o dirigente municipal do SUS), na condução dos assuntos de saúde no Município".

Os Conselhos podem representar um avanço na organização do Estado, colocando-o sob o controle permanente da sociedade permitindo, por meio de um novo estatuto jurídico-institucional e da participação direta da população, que se estabeleçam novos padrões de relacionamento da comunidade com o governo e os serviços de saúde. Esta proposta de organização do Estado está no bojo do que hoje se denomina Gestão Participativa.

Ao se investir de poder político, a população e, principalmente, os usuários vivenciam um interessante processo pedagógico de aprendizado do exercício do poder político. Ganham conhecimento político e técnico, conquistam cidadania, o que leva ao estabelecimento de uma relação da população com o governo, a partir de um patamar diferenciado, como atores sociais e não mais como atores passivos e alheios.

Por outro lado, o representante dos trabalhadores de saúde tem a oportunidade de ouvir como o usuário deseja ser atendido o que significa uma mudança no seu processo de trabalho, modificando velhas rotinas e estruturas, em nome de uma nova forma de atender a população. O diálogo criativo e criador dos trabalhadores e usuários certamente influenciará no processo dos Conselhos, de modo que surjam processos e propostas novas na

OS CONSELHOS DEVEM
SER AUTÔNOMOS E ADQUIRIR
CAPACIDADE DE AUTO-ANÁLISE E
AUTOGESTÃO, PARA SE TORNAREM
SUJEITOS EM QUALQUER
PROCESSO DE MUDANÇA

organização dos serviços de saúde. Assim, por meio da Gestão participativa, os Conselhos podem também influir na política da organização dos serviços de saúde.

Com esta nova prática, é necessário deixar que os conflitos surjam no interior da instituição, dando-lhes o adequado tratamento institucional a partir de uma gestão participativa, democrática, capaz de acionar todo o potencial libertário, democrático, inerente ao novo mo-

delo gerencial e assistencial proposto pela Reforma Sanitária Brasileira. No fundamental, os conselhos devem ser autônomos e adquirir capacidade de auto-análise e autogestão, para se tornarem sujeitos em qualquer processo de mudança. Os conselhos devem ser, por excelência, os 'novos protagonistas da Reforma Sanitária'. Para esse desafio, os conselhos devem ser capazes de se constituir em atores sociais com vontade e potência suficientes para reverter o quadro sanitário nacional. É necessário avaliar, permanentemente, os impedimentos para aumentar as capacidades e os poderes dos conselheiros e por resultado, dos conselhos.

Os conselhos têm o poder político conferido pela Lei, mas isso não tem sido suficiente para que se estabeleçam como 'atores' políticos que são. Para acumular força para mudar a realidade, o conselho deve utilizar os diversos recursos que podem mobilizar entre os que possuem ou que necessitam adquirir e exercer efetivamente o Controle Social.

O Conselho acumula recursos políticos pela inserção e mobilização social por um lado e, por outro, sua capacidade de pressão sobre o Estado. Para isso é necessária uma comunicação com os segmentos sociais por meio de suas entidades, e uma mobilização social formando opinião em defesa do SUS e ao direito à saúde.

Os Conselhos devem dispor de alguma estrutura física e de pes-

soal para o seu funcionamento. Sobre isso, o Conselho Nacional de Saúde definiu que “os organismos de Governo Estadual e Municipal deverão dar apoio e suporte administrativo para a estruturação e o funcionamento dos Conselhos, garantindo-lhes, inclusive, a dotação orçamentária. O Conselho de Saúde deverá ter, como órgãos, o Plenário ou Colegiado Pleno e uma Secretaria Executiva com assessoria técnica”.

Como esses recursos estão sob controle do governo local, nem sempre o Conselho consegue dispor deles. Isso tem causado uma estagnação política que dificulta a efetivação do controle social. Na verdade, isso ocorre porque muitos gestores têm uma visão de que os conselhos incomodam e são questionadores e, assim, não querem contribuir para elevar o seu grau de poder. O gestor comprometido com a gestão participativa suporta a atuação do conselho e lhe confere poder e respeito. Em muitos casos, é seu aliado na luta por recursos ou decisões que favorecem a saúde da população.

Os conselheiros devem acumular conhecimentos para sua melhor atuação e fortalecimento do poder do Conselho. O fato do conhecimento no campo da saúde ser tradicionalmente um saber específico, restrito aos profissionais, gera um importante diferencial em relação aos usuários que se reflete no interior do Conselho. Estes ficam, em certa medida, dependentes daqueles para

exercerem efetivamente sua função e o poder decisório que possuem. No entanto, as capacidades e habilidades que devem ser fornecidas para os conselheiros representantes dos usuários, não devem se confundir com as capacidades dos técnicos ou gestores institucionais. Apesar de frequentemente confundidas, as capacitações para conselheiros devem ser claramente definidas, tomando como base o perfil desejável para cada conselheiro, de acordo as aspirações sobre a saúde de seus representados.

As diferenças de necessidades, forma de inserção social e visão de mundo fazem com que haja uma disputa de poder entre os diversos atores sociais, que atuam nos conselhos. Os diversos rumos que esta disputa pode conduzir não deve, entretanto, afastar o Conselho de seu papel social, ou seja, a promoção da justiça social e a melhoria do nível e situação de saúde da população representada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, Elizabeth. *A Política de Saúde de Pós IX CNS*. In: Cadernos da Nona, Brasília, DF, 1992.

_____. O Controle Social e o Processo de Descentralização dos Serviços de Saúde. In: *Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde*, Brasília, DF: IEC/MS, 1994 .

BOBBIO, Norberto. *Dicionário de Política*, v. 1, 7. ed., Brasília, DF: Editora UnB, 1995, p. 324.

BRASIL. Lei Federal 8.142/90 Art. 1º. § 4º.

_____. Lei Federal 8142/90, Art. 1º. § 2º

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* Considerações Sobre a Arte e a Ciência da Mudança: Revolução das Coisas e Reforma das Pessoas. In: *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 65.

CARVALHO, Antonio Ivo de. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução 33 do Conselho Nacional de Saúde de 23.12.92. <http://conselho.saude.gov.br>.

COSTA; BARROS. A Saúde da Mulher e o Controle Social, *Anais...* ABRASCO 2000.

DALLARI, Sueli. Incentivo à Participação Popular e Controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde, Brasília, DF: IEC/MS, 1994.

FRANCO, Túlio B. *Controle Social*, 1997. (mimeo.).

A Participação Popular na Vigilância Sanitária para a garantia do Direito à Saúde

Popular Participation in Health Surveillance as a guarantee of the Enforcement of the Right to Health

Sueli Gandolfi Dallari¹

RESUMO

Examina-se a participação popular como requisito do Estado Democrático de Direito e, portanto, do direito contemporâneo. A partir da observação da evolução do conceito de saúde, verifica-se a essencialidade da vigilância sanitária. Mostra-se que o sistema nacional de saúde brasileiro adotou a participação popular. Conclui-se, com base nos resultados obtidos, a impossibilidade jurídica da vigilância sanitária sem a participação popular.

DESCRIPTORIOS: *Vigilância Sanitária; Direito Sanitário; Democracia; Direito à Saúde.*

ABSTRACT

This article examines 'popular participation' as a requirement of the 'Democratic State of Law' and, therefore, of contemporary Law. From the observation of the health concept evolution, the essentiality of health surveillance is verified. It is noted that the Brazilian national health system adopted "popular participation". Based on the results found, the author concludes that health surveillance would be legally impossible without citizen participation.

DESCRIPTORS: *Health Surveillance; Health Law; Democracy; Right to Health.*

¹ Coordenadora científica do Núcleo de Pesquisas em Direito Sanitário da Universidade de São Paulo (USP), livre-docente em Direito Sanitário na USP, professora titular da Faculdade de Saúde Pública da USP
Av. Dr. Arnaldo, 715
CEP 01246-904 – São Paulo – SP
e-mail: sdallari@usp.br

A PARTICIPAÇÃO POPULAR COMO REQUISITO DO ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO E, PORTANTO, DO DIREITO CONTEMPORÂNEO

A Constituição brasileira de 1988 começa com a afirmação do Brasil como Estado Democrático de Direito. É necessário compreender, então, o que significa essa qualidade acrescentada ao Estado de Direito, que justificou sua inclusão no artigo inaugural da Lei Maior. Assim, constata-se inicialmente a manutenção da força da doutrina do Estado de Direito, um dos instrumentos imaginados pelas revoluções burguesas do final do século XVIII para resolver o desafio formulado por Rousseau, ao iniciar o Contrato Social: “encontrar uma forma de associação que defenda e proteja a pessoa e os bens de cada associado com toda a força comum, e pela qual cada um, unindo-se a todos, só obedece a si mesmo, permanecendo assim tão livre quanto antes” (ROUSSEAU, 1760). A ele se uniam o desenvolvimento da doutrina da separação de poderes, a afirmação da Constituição como o mais importante documento político de um povo e a idéia moderna de democracia. Assim, o ensinamento da experiência – mostrando que a especialização no exercício de qualquer fun-

ção implica mais eficiência¹ – foi associado à interdição formal de que “aquele que faz as leis as execute” (ROUSSEAU, 1760) e erigido em verdadeiro dogma². É, igualmente, a origem revolucionária que permite compreender o grande valor que foi dado à forma – muitas vezes em prejuízo do próprio conteúdo – na elaboração da doutrina do Estado de Direito. Com efeito, aos líderes revolucionários bastava que se declarassem extintos os privilégios e

AS REVOLUÇÕES OPERÁRIAS DO FINAL DO SÉCULO XIX E COMEÇO DO SÉCULO XX INTRODUZEM O ADJETIVO ‘SOCIAL’ PARA QUALIFICAR O ESTADO DE DIREITO

instituída a igualdade perante a lei para que a burguesia vencedora fosse realmente livre. Isso porque os obstáculos, até então postos ao exercício da liberdade burguesa, decorriam dos privilégios outorgados à aristocracia e da insegurança dos direitos que tinham, como única fonte,

a vontade do soberano (por isso mesmo, dito absoluto) e não da falta de recursos materiais para tal exercício.

Instaurada a democracia liberal burguesa, verificou-se – durante o século XIX, no mundo ocidental – que apenas a garantia de igualdade formal (perante a lei), característica do Estado de Direito, não atendia ao anseio de liberdade real de todos aqueles que haviam sido excluídos do processo de elaboração legislativa. De fato, já a primeira Constituição francesa, ao estabelecer quem pode participar da feitura da lei, tanto compondo o Parlamento como elegendo seus representantes, excluiu inicialmente todas as mulheres e, em seguida, os homens que não possuísem patrimônio ou renda superior a determinado valor³. Desenvolve-se, então, novo período revolucionário, pois ficava claro que os assalariados da indústria nascente, por exemplo, embora formalmente iguais aos proprietários, perante a lei, não possuíam as mesmas condições materiais de seus patrões no que diz respeito ao exercício do direito à liberdade. Assim, as revoluções operárias do final do século XIX e começo do século XX introduzem o adjetivo ‘social’ para qualificar o Estado de Direito. Buscava-se corrigir a deformação do processo legisla-

¹ É a conclusão de Aristóteles em *A política*, Livro III, cap. XI; John Locke, no *Segundo tratado sobre o governo*, XII, XIII e XIV; e Montesquieu, no *Espírito das leis*, VI, entre outros.

² A Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, da Revolução Francesa de 1789, afirmava, no artigo 16: “Toda sociedade na qual a garantia de direitos não está assegurada, nem a separação dos poderes determinada, não tem Constituição”.

³ Cf. La Constitution de 1791, Chapitre premier, Section II, Art.2 & Section III, Art.3.

tivo e, conseqüentemente, da idéia moderna de democracia, causada pelo predomínio da forma. É importante notar que esses revolucionários continuaram a valorizar a igualdade formal como uma conquista fundamental, que deveria, entretanto, ser acrescida das possibilidades de sua efetiva realização. Tratava-se, portanto, de reconhecer a existência de desigualdades materiais que inviabilizavam o gozo dos direitos liberais e de responsabilizar o Estado pelo oferecimento – inicialmente aos trabalhadores e, em seguida, a todos aqueles que necessitassem – daquelas condições que permitissem a igualdade real de oportunidades. Caracterizam as conquistas desse período a adoção do sufrágio universal⁴ (garantindo a todos o direito de participar no processo de elaboração das leis, por meio da eleição de representantes), a inclusão de um capítulo nas Constituições garantindo direitos trabalhistas⁵ e a implementação do chamado Estado do Bem-Estar Social, que presta serviços públicos para garantir direitos⁶, entre outras.

A experiência do Estado Social de Direito revelou, contudo, que a ampliação da participação no processo legislativo, de modo a garan-

tir que todos tomem parte na feitura da lei, não “assegurou a justiça social nem a autêntica participação do povo no processo político” (SILVA, 1989. p. 105). Verificou-se que a exigência de formalidade combinada com a grande ampliação das esferas de atuação do Estado, atingindo quase todos os setores da vida social, colocou em risco a democracia. Já não era apenas a lei – fruto da atividade dos Parlamentos – que regulava a vida social, mas, cada

A LEI PASSOU A ATENDER
A INTERESSES DE GRUPOS,
A PARTES DA SOCIEDADE
E NÃO MAIS AO
INTERESSE PÚBLICO

vez mais essa função era realizada por atos normativos emanados pelo Poder Executivo. Observou-se, sobretudo, que a forma da lei afastou-a de seu conteúdo ético. A lei passou a atender a interesses de grupos, a partes da sociedade e não

mais ao interesse público. Assim, o papel que os fundadores dos Estados Unidos da América reservaram para o Poder Judiciário (na determinação final da teoria da separação dos poderes) de controlar a obediência à lei, que representava a vontade geral, tornou-se impossível de ser cumprido: ora exigia-se a estrita observância da legalidade em casos onde a lei não mais abrigava a idéia de justiça, ora deixava-se enredar pelos vários documentos normativos que expressavam interesses particulares, tornando aleatória a obediência ao princípio da legalidade. A lembrança da Alemanha nazista ou da Itália fascista é suficiente para evidenciar que sem a “efetiva incorporação de todo o povo nos mecanismos de controle das decisões e a real participação de todos nos rendimentos da produção” (SILVA, 1989. p. 105) não se pode adequar a idéia de democracia aos tempos de hoje.

Desse modo, o conceito de Estado Democrático de Direito reconhece, respeita e incorpora as conquistas representadas pelo Estado de Direito e pelo Estado Social de Direito, mas soma à igual possibilidade de participação na elaboração das normas gerais que devem reger a organização social e o controle de

⁴ Introduzido na Constituição francesa de 1793, não foi praticado. Embora com menos restrições, foi essa a situação até 1919, na Inglaterra e, 1920, nos Estados Unidos da América, com a admissão do voto feminino.

⁵ Introduzido, pela primeira vez, na Constituição do México de 1917. Entretanto, com maior repercussão doutrinária – porque buscou efetividade; assinala-se o Livro II da Constituição de Weimar (Constituição alemã de 11 de agosto de 1919) dedicado aos “Direitos e deveres do cidadão alemão”.

⁶ A expressão foi forjada na Inglaterra nos anos 1940.

sua aplicação aos casos particulares. Trata-se, enfim, de instaurar a cidadania, onde o “cidadão é aquele que tem uma parte legal na autoridade deliberativa e na autoridade judiciária”, como ensina Aristóteles (ao redor de 330 a. C.).

O Estado contemporâneo é, essencialmente, um implementador de políticas públicas. E não se pode ignorar que “o material jurídico sobre o qual trabalham as políticas públicas contemporâneas é indissociável de uma experiência do Direito e da juridicidade, que permanece como uma das marcas identificadoras do Ocidente” (CAILLOSSE, 2000, p. 51). Assim, para a construção da democracia, continua sendo indispensável que o direito, que pode assegurar a coesão de sociedades complexas, tenha fundamento democrático. Deve-se então, proteger as condições procedimentais do processo democrático. É indispensável, portanto, a criação de um espaço jurídico público, “suplantando a cultura existente dos peritos e suficientemente sensível para submeter ao debate público as decisões sobre princípios – como o da solidariedade social – que trazem os problemas” (HABERMAS, 1996, p. 469). Na lição de Habermas, a chave para a gênese democrática do direito encontra-se na combinação e na mediação recíproca entre a soberania do povo juridicamente instituída e a soberania do

povo não institucionalizada. Tal equilíbrio implica “a preservação de espaços públicos autônomos, a extensão da participação dos cidadãos, a domesticação do poder das *media* e a função mediadora dos partidos políticos não estatizados” (HABERMAS, 1996, p. 471). Assim, por exemplo, a participação popular na Administração deve ser considerada um procedimento eficiente ‘ex ante’ para legitimar as decisões que – apreciadas conforme seu conteúdo nor-

PARA A CONSTRUÇÃO DA DEMOCRACIA,
CONTINUA SENDO INDISPENSÁVEL QUE O
DIREITO, QUE PODE ASSEGURAR A COESÃO
DE SOCIEDADES COMPLEXAS, TENHA
FUNDAMENTO DEMOCRÁTICO

mativo – atuam como atos legislativos ou judiciários. Apenas a manutenção do espaço jurídico público permite superar a velha oposição entre direitos formais e reais, direitos políticos e sociais, e mesmo a diferença entre a idéia de democracia e a de socialismo, uma vez que é no seio de uma teoria ampliada de democracia que os direitos sociais podem ser repensados e os direitos políticos aprofundados, ao mesmo tempo.

A VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMO ESSENCIAL AO CONCEITO DE SAÚDE

O conceito contemporâneo de saúde pública começou a ser delimitado no Renascimento, correspondendo praticamente ao desenvolvimento do Estado Moderno. A experiência das epidemias deixou sua marca, elaborando o conceito de perigo social, “usado mais como pretexto para um controle sobre as pessoas e não somente sobre as doenças do que para medidas específicas de prevenção” (BERLINGUER, 1988, p. 82). Foi durante o Renascimento, na Alemanha, que se definiu a idéia de polícia médica, a partir da ideologia hegemônica que afirmava ser o crescimento populacional a manifestação primeira da prosperidade e bem-estar de um povo; por isso, um bom governo deveria agir para proteger a saúde de seus súditos. O aparato administrativo do Estado deveria estimular a prática da medicina, da cirurgia, da farmácia, e regulamentar o exercício dessas atividades para evitar abusos e o charlatanismo. Deveria, também, promover a pureza da água e dos alimentos, assim como assegurar a higiene do meio, regulando, inclusive, as edificações em solo urbano (ROSEN, 1980, p. 159).

Fica claro que a sistematização da polícia médica resulta, especialmente, da profunda influência exercida – durante todo o século XVIII – pela filosofia do Iluminismo, que

considera a razão o caminho único para a sabedoria. Assim, ao não admitir as explicações sobrenaturais para os fenômenos naturais, o Iluminismo promove a ampla aceitação da obrigação do Estado de controlar o exercício das práticas médico-cirúrgicas e farmacêuticas, combatendo o charlatanismo. Do mesmo modo, por buscar a aplicação do método científico na descrição das doenças e na determinação dos tratamentos, essa filosofia eleva o exercício das ciências médicas (como das demais profissões liberais) a uma condição de dignidade inimaginável na Idade Média, o que justifica plenamente a regulamentação estatal do ensino médico. E, também, ao advogar a possibilidade de planejamento da atividade estatal, somada à exaltação crescente dos direitos naturais do homem – que permitiu consagrar mais atenção aos infortúnios das classes mais pobres – o Iluminismo estimulou a drenagem de pântanos, a abertura de canais, favorecendo a prevenção de epidemias.

A noção contemporânea de saúde pública começa a ganhar maior nitidez de contornos no Estado liberal burguês do final do século XVIII. Apareceram, assim, durante a Restauração⁷ (tomando-se o exemplo francês)

as primeiras leis que tratavam organicamente da higiene urbana, da noção de estabelecimento insalubre e do controle sanitário de fronteiras⁸. Em suma, as atividades do Estado relacionadas à vigilância sanitária, durante a implantação do liberalismo, eram em tudo coincidentes com os interesses da burguesia vitoriosa: valorizando sobremaneira o individualismo dominante, limitá-lo apenas naquilo estritamente necessário à preservação da segurança individual,

A NOÇÃO CONTEMPORÂNEA
DE SAÚDE PÚBLICA COMEÇA
A GANHAR MAIOR NITIDEZ DE
CONTORNOS NO ESTADO
LIBERAL BURGUEÊS DO
FINAL DO SÉCULO XVIII

com o mais absoluto respeito à lei – condição do Estado de Direito. Entretanto, é apenas a partir da segunda metade do século XIX que a higiene se torna um saber social, envolvendo toda a sociedade, e faz da saúde pública uma prioridade política. Nesse

momento, verifica-se que o risco coletivo de contrair doenças sobrepõe-se ao da própria moléstia, transformando-a de episódio individual em objetivo social, principalmente por meio da disseminação dos meios estatísticos na avaliação da saúde.

O início do século XX encontra instaurada a proteção sanitária como política do Estado. São hierarquizadas as três formas – hoje clássicas – de prevenção⁹ e o Estado do Bem-Estar Social da segunda metade daquele século reforça a lógica econômica, especialmente em decorrência da evidente interdependência entre as condições de saúde e de trabalho, responsabilizando-se pela implementação da prevenção sanitária. Instituem-se, então, os sistemas de previdência social, que não se limitam a cuidar dos doentes, sistemas logo suplantados pelo conceito de seguridade social, que engloba os sub-sistemas de assistência, previdência e saúde públicas¹⁰. Trata-se, portanto, de identificar a responsabilidade *a priori* do Estado. Assim, mesmo no que respeita aos estilos de vida, verifica-se um grande investimento estatal¹¹. Os últimos anos do século XX, contudo, revelam uma nova concepção da saúde pública, fortemente influen-

⁷ 1814 (1ª queda de Napoleão) – 1830 (revolução de julho, queda de Charles X).

⁸ Ver o trabalho de Jean-Michel Lemoyne de Forges intitulado *L'intervention de l'Etat en matière sanitaire: quelques repères historiques*, publicado no *Rapport Public 1998* do Conseil d'Etat (Paris, La documentation Française, p.489-501).

⁹ Veja-se, especialmente, na obra de Leavell & Clark, *Medicina preventiva* (São Paulo, Mcgraw-Hill do Brasil, 1976), as págs. 17-35.

¹⁰ Modelo adotado, por exemplo, na Constituição federal brasileira de 1988 (art.195).

¹¹ Considerem-se, por exemplo, os investimentos dos Estados contemporâneos na luta anti-tabagista.

ciada, seja pelo relativo fracasso das políticas estatais de prevenção, que não conseguiram superar os limites impostos pela exclusão social, seja pela constatação – agora científica – da importância decisiva de comportamentos individuais no estado de saúde. Por outro lado, o predomínio da ideologia neo-liberal provocou uma diminuição do papel do Estado na sociedade, em favor dos grupos e associações e da própria responsabilidade individual. As estruturas estatais de prevenção sanitária passam a estabelecer suas prioridades, não mais em virtude dos dados epidemiológicos, mas, principalmente, em decorrência da análise econômica de custo/benefício. E isso, por vezes, acaba implicando a ausência de prevenção, elemento historicamente essencial ao conceito de saúde pública.

Verifica-se, portanto, que, dada a complexidade do conceito de saúde, o estudo da vigilância sanitária envolve – necessariamente – seu exame sob várias óticas. É certo que, para regular o exercício das chamadas profissões de saúde (medicina, farmácia, enfermagem, odontologia, etc.), exigem-se um conhecimento e uma prática diferente daquela destinada a promover a pureza da água e dos alimentos, assim como ela diferirá daqueles destinados a assegurar a higiene do meio ou a regular as edificações em solo urbano ou,

ainda, daqueles que, derivados da economia, possibilitam a fixação do preço justo para a comercialização de medicamentos. Entretanto, a partir do momento em que a percepção do risco coletivo de contrair doenças se sobrepõe ao da própria moléstia, é possível identificar uma unidade entre aqueles saberes e práticas que fundamentam a regulação, caracterizando a Vigilância Sanitária.

A vigilância sanitária representa, sem qualquer dúvida, uma evi-

ÀS ESTRUTURAS ESTATAIS DE PREVENÇÃO
SANITÁRIA PASSAM A ESTABELECEER SUAS
PRIORIDADES, NÃO MAIS EM VIRTUDE
DOS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS, MAS,
PRINCIPALMENTE, EM DECORRÊNCIA DA
ANÁLISE ECONÔMICA DE CUSTO/BENEFÍCIO

dência da mudança de paradigma no campo da saúde coletiva. Com efeito, para sua definição, tanto é necessário o conhecimento químico puro, que permite a compreensão da estrutura da molécula que antagoniza o bacilo, quanto a prática da organização do trabalho da enfermagem hospitalar ou de transporte e armazenamento de alimentos, que permitirão o controle de infecções.

Além disso, é indispensável o conhecimento da filosofia e da teoria geral do direito que permitem a compreensão da eficácia formal das normas que regulam os comportamentos humanos, mas é indispensável o conhecimento das práticas que atuam o sistema de justiça, para que se possa conseguir sua eficácia social, controlando efetivamente os riscos para a saúde pública.

Assim, no momento em que as condições da vida política e social apontam para uma mudança cultural que valoriza as implicações do sistema produtivo na saúde, é natural que cresça em importância o campo do conhecimento que reúne a ciência pura e a aplicada para atuar a Vigilância Sanitária. Do mesmo modo, é lógico que seja superado o viés deformador do positivismo liberal-burguês, mutilador da compreensão global dos fenômenos humanos. Por isso, pode-se afirmar que a vigilância sanitária expressa um sub-campo do conhecimento científico¹² – dotado de leis próprias, derivadas dos agentes e instituições que o caracterizam – que facilita a superação da divisão (hoje inconveniente) entre ciência pura e aplicada.

O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE E A
PARTICIPAÇÃO POPULAR

Em um rápido exame do sistema constitucional de proteção e promo-

¹² Conforme a lição de Pierre Bourdieu em *Les usages sociaux de la science*. Paris, INRA, 1997.

ção do direito à saúde no Brasil, verifica-se que a vontade de participação no governo, que fez do Brasil um Estado Democrático de Direito, está presente na Constituição, examinada sob a ótica da saúde, como 'democracia sanitária'. De fato, a exigência de participação da comunidade foi erigida em princípio de organização do sistema público de saúde (SUS), tal como, em resposta à necessidade de racionalização, esse sistema deve ser organizado de acordo com a diretriz de descentralização, com direção única em cada esfera de governo; e de atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas (art. 198). Fruto dos mesmos movimentos que conquistaram o direito à participação direta no governo, a lei que organiza o sistema nacional de saúde, respeitando esses princípios constitucionais, foi editada em 1990. Refletindo a tensão entre as posições políticas representadas no Congresso Nacional, a Lei Orgânica da Saúde é, em realidade, duas leis: todas as disposições sobre a participação popular e o financiamento, que constavam da primeira Lei Orgânica, a Lei Federal nº 8.080/90, foram objeto de um veto presidencial e um acordo foi negociado para a apresentação imediata de um novo projeto de lei regulando a matéria, cuja tramitação muito rápida (três meses no total) resultou na Lei Federal nº 8.142/90.

Especialmente três instituições caracterizam a democracia sanitária

ria no Brasil: as conferências, os conselhos e os fundos de saúde. Deve-se notar que, em razão da adoção do modelo federal, essas instituições devem se reproduzir nas três esferas de poder político do Estado. As conferências de saúde devem se reunir pelo menos uma vez a cada quatro anos, com a participação dos usuários (50%) e de representantes do governo, dos prestadores de serviços e dos profissionais de saúde. Elas existem para avaliar a situa-

AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE DEVEM SE REUNIR PELO MENOS UMA VEZ A CADA QUATRO ANOS, COM A PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS (50%) E DE REPRESENTANTES DO GOVERNO, DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

ção de saúde e sugerir diretrizes para a formulação da política sanitária e deve ser convocada pelo Poder Executivo (Lei Federal nº 8.142/90, art. 1º, I). Os conselhos de saúde são órgãos de caráter permanente e deliberativo, constituídos pela participação paritária dos usuários (50%) e de representantes do governo, dos prestadores de serviços e dos profissionais de saúde, cujas decisões devem ser homologadas pelo Poder Executivo. Seu objetivo é for-

mular estratégias e controlar a execução da política de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros (Lei Federal nº 8.142/90, art. 1º, II). Os fundos de saúde devem ser geridos por um Conselho com a participação paritária dos usuários (50%) e de representantes do governo, dos prestadores de serviços e dos profissionais de saúde e seu funcionamento deve ser supervisionado pelo respectivo conselho de saúde. Os recursos dos fundos de saúde devem ser alocados como despesa de manutenção e capital; investimento conforme a lei orçamentária; investimento conforme o Plano Quinquenal; ou pagamento das ações e serviços de saúde realizados por outras pessoas jurídicas (Lei Federal nº 8.142/90, art.2º).

É evidente que, no plano legislativo, sejam os dispositivos constitucionais, seja a legislação ordinária, organizaram mecanismos adequados para o exercício de uma verdadeira democracia sanitária. E, fato curioso caso seja considerado a tradição de governos ditatoriais convivendo com uma Constituição e um Poder Judiciário funcionando regularmente, no Brasil, todas as instituições da democracia sanitária foram implementadas e atuam normalmente. Entretanto, a democracia sanitária encontrou uma sociedade que, depois da queda da ditadura e da conquista da Constituição, não mais se interessa com igual força pelos movimentos de ampliação da

cidadania e um Estado não habituado a ter suas ações controladas. De fato, quando se considera a força dos movimentos em prol da participação popular por ocasião da Assembleia Constituinte, houve um expressivo enfraquecimento desses movimentos quando se tratou do financiamento do sistema de saúde: a reforma do mecanismo de financiamento da saúde no sentido da real universalização desse direito aconteceu apenas no final do ano 2000. Tem-se claro, hoje, que os movimentos sociais são, sobretudo, reivindicativos e reticentes quanto à assunção de co-responsabilidade com os poderes públicos. Tal comportamento pode ser explicado, seja pela necessária participação pessoal nas despesas, custos em horas de trabalho e mesmo nos meios de transporte, por exemplo, seja pela baixa capacidade de resposta do Estado às reivindicações de seus dirigentes, o que constitui uma dificuldade para suas pretensões políticas.

Por outro lado, quando se considera a operacionalização do federalismo de cooperação no campo da saúde, deve-se reconhecer que a democracia sanitária está inserida nos mecanismos da responsabilidade solidária da União, dos Estados e dos Municípios para 'cuidar' da saúde¹⁵. As relações internas entre essas três esferas autônomas são regidas pe-

las Normas Operacionais Básicas (NOB) desde 1991. A primeira dessas normas (NOB 1/91) limitava-se a aplicar o sistema de pagamento por produção de serviço ao setor público e a seguinte (NOB 1/92) vinculava a liberação de recursos à existência de um plano quinquenal.

Foi a terceira Norma Operacional Básica (NOB 1/93), chegando mesmo a receber um nome – 'ousar respeitar a lei' – que criou os mecanismos de gestão participativos e

TEM-SE CLARO, HOJE, QUE
OS MOVIMENTOS SOCIAIS SÃO,
SOBRETUDO, REIVINDICATIVOS
E RETICENTES QUANTO À ASSUNÇÃO
DE CO-RESPONSABILIDADE COM
OS PODERES PÚBLICOS

descentralizados. Ela criou as comissões entre gestores bi (gestores municipais e do estado-membro) e tripartite (gestores dos estados, dos municípios e representantes do governo federal), encarregados de elaborar propostas para o sistema, acompanhar a implementação de normas e programas, avaliar os resultados e definir os critérios para

a destinação de recursos. Ela criou, também, o mecanismo para a transferência direta dos recursos federais para os municípios (fundo a fundo) e os modelos de 'autonomia' progressiva, de adesão voluntária. Assim, se, por exemplo, um município decide aderir à forma mais autônoma, esse município tem a liberdade de decidir sobre a aplicação de certa quantidade de recursos transferidos em função do tamanho de sua população. Uma avaliação desses mecanismos de descentralização e democratização oriundos da ordem constitucional, instaurada em 1988, mostrou que a forma engenhosa de repartir rendas e distribuir responsabilidades, adotada no seio dessas comissões entre gestores, respeita verdadeiramente a autonomia federativa (NASCIMENTO; ZIONI, 2002).

A evolução das Normas Operacionais Básicas prosseguiu com a edição da NOB 1/96, que criou uma rubrica – Piso de Atenção Básica (PAB) especialmente para a atenção de base, além do sistema de pagamento por produção de serviço, e consagrou uma parte variável desse teto (PAB) aos programas federais (saúde da família, vigilância sanitária, assistência farmacêutica, etc.) Assim, essa Norma Operacional Básica de 1996 limitou, em certa medida, a autonomia dos estados e dos municípios que, para receber mais recursos fe-

¹⁵ Expressão que traduz uma nova fórmula de competência derivada do federalismo de cooperação, a competência comum, que foi adotada pelo sistema de saúde. Assim, existe responsabilidade solidária entre as três esferas federais por 'cuidar' da saúde (C. F. art.23, II).

derais, devem adotar os programas federais. Finalmente, em 2001, foi editada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 1/01), que deixou aos gestores dos estados a possibilidade de criar regiões de saúde e de estimular a criação de *consortia* entre os municípios. Observa-se que essa norma, fruto da colaboração do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), e do governo, foi aprovada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e no Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Verifica-se, portanto, que apesar de todas as dificuldades que decorrem da exigüidade do tempo de vida das instituições democráticas no Brasil e dos desafios postos pela falta de desenvolvimento social e econômico, a participação popular foi efetivamente introjetada no sistema sanitário nacional. Assim, em 2001, dentre mais de 5.000 municípios brasileiros, 99% tinham um Conselho de Saúde e o Fundo de Saúde e realizavam, periodicamente, uma Conferência de Saúde. Além disso, em vários estados e municípios – cujos governos eram mais democráticos – existem Conselhos Gestores junto aos serviços de saúde. E, também, a consulta pública faz parte do cotidiano da ANS e da ANVISA,

autarquias formalmente definidas como ‘agências reguladoras’¹⁴.

A IMPOSSIBILIDADE JURÍDICA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA SEM A PARTICIPAÇÃO POPULAR

Tornar efetivo o sistema de vigilância sanitária – intrinsecamente vinculado ao direito e não apenas a lei – é tarefa árdua, que encontra, porém, um caminho já sinalizado na Constituição Cidadã¹⁵. Com efeito,

TÃO IMPORTANTE FOI A CONSTATAÇÃO DE QUE O RISCO COLETIVO É DE DETERMINAÇÃO CULTURAL, RECÍPROCA E PÚBLICA, QUE GEROU A NECESSIDADE DE UMA NOVA TEORIA DA JUSTIÇA PARA DAR FORMA POLÍTICA AOS RISCOS SOCIAIS

tratando a vigilância sanitária do controle dos riscos associados ao processo de produzir e consumir, a verificação de que não mais existem riscos individuais tornou-se inevitável. E é, exatamente, a partir da convicção de que todos os homens têm um destino comum, pois todos ‘estão no mesmo barco’, que se pode

encontrar o percurso constitucionalmente delimitado. Tão importante foi a constatação de que o risco coletivo é de determinação cultural, recíproca e pública, que gerou a necessidade de uma nova teoria da justiça para dar forma política aos riscos sociais. Assim, apenas uma proteção eficaz contra as injustiças relativas à liberdade ou à igualdade pode garantir o sentido da justiça e o apego moral aos valores políticos, indispensáveis à ação após a descoberta do futuro comum (WORMS, 1996). Por outro lado, não mais se sustenta a crença numa ciência capaz de sempre melhor controlar os riscos. Bem ao contrário, é exatamente a constatação de que a própria evolução científica vem aumentando os riscos imprevisíveis, que está provocando a afirmação de um novo paradigma social: o da segurança. Assim, num contexto de incertezas científicas e do risco da ocorrência de danos graves e irreversíveis, ele induz a formação do princípio de precaução. É igualmente evidente que esse princípio pretende disciplinar a inovação, reorientando o progresso científico ilimitado e revalorizando a busca dos verdadeiros responsáveis pelos comportamentos imprudentes. Assim, o princípio de precaução não se compraz apenas com a caracterização

¹⁴ Agência Nacional de Saúde Suplementar (criada pela Lei Federal nº 9.961/00) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (criada pela Lei federal nº 9.782/99).

¹⁵ Em referência ao, já citado, conceito de cidadania proposto por Aristóteles.

do dano a ser compensado, pois ele abriga a convicção de que existem comportamentos que devem ser proibidos, sancionados e punidos. A mudança é, portanto, significativa: não basta determinar o montante da indenização, pois existem danos que não têm preço.

Talvez a maior contribuição trazida pelo princípio da precaução seja, contudo, duplamente jurídica. Com efeito, ao deixar claro que se trata de analisar um risco, isto é, a possibilidade de causar dano a alguém, ainda que sem culpa, a exigência de precaução obriga a tomar em conta, seriamente, a instituição da perícia judicial, mas, também, extra-judicial. É conveniente observar que o risco está diretamente ligado à técnica, não ao indivíduo que dela se vale. A complexidade dos saberes envolvidos na decisão de instituir a vacinação generalizada contra uma grave infecção viral de incidência crescente, ou de retirar do mercado um produto suspeito de causar infecção e morte, com base apenas em informações epidemiológicas ainda não-comprovadas laboratorialmente, por exemplo, requer a participação de peritos que não sejam responsáveis pela decisão, mas de quem se deva exigir o domínio sobre sua área de especialidade e que respondam – social e juridicamente – pelas informações prestadas. E, em caso de se exigir a resposta judicial, o juiz deverá ser capaz de formar seu convencimento

a partir da apreciação de relatórios periciais que traduzam a complexidade da pesquisa científica em informações que sejam compreensíveis para todos os interessados. Verifica-se, portanto, a necessidade de investimentos tanto na formação dos pesquisadores, que deverão dominar, também, as ciências sociais – na teoria e na prática – para serem capazes de comunicar à sociedade os resultados de seus experimentos, quanto das pessoas em geral, que

TODA A DISCUSSÃO ATÉ AQUI
TRAVADA PERMITE CONCLUIR QUE
TORNAR EFETIVA A REGULAÇÃO EM
VIGILÂNCIA SANITÁRIA EXIGE QUE
AS CONDIÇÕES PROCEDIMENTAIS
DO PROCESSO DEMOCRÁTICO
SEJAM PROTEGIDAS

necessitam conhecer as bases do trabalho científico para poderem escolher o grau de risco ao qual consideram aceitável submeterem-se em nome do progresso.

Assim, o passo seguinte implica – nas hipóteses em que as limitações do conhecimento científico invocam o princípio da precaução – a necessidade de um grande investimento social para disseminação popular dos meios e modos da ciência. Seria igualmente conveniente a

definição de uma carreira para os peritos (paralela àquela dos professores nas universidades públicas, por exemplo), que lhes impusesse a imparcialidade requerida do juiz e que os preparasse para traduzir seus achados em linguagem acessível para as pessoas comuns do povo. O que se deve pretender, enfim, é que a discussão desses temas aconteça num espaço que permita a superação da ‘cultura dos peritos’, onde possam ser efetivamente debatidas as grandes opções sociais.

Toda a discussão até aqui travada permite concluir que tornar efetiva a regulação em vigilância sanitária exige que as condições procedimentais do processo democrático sejam protegidas. Ou seja, na lição de Habermas, acima referida, torna-se necessário preservar o papel dos Parlamentos como legítimos representantes dos interesses dos diferentes setores envolvidos tanto no processo de produzir e consumir quanto de controlar os riscos sanitários relacionados a tais atividades, combinando-o com a extensão das hipóteses de participação dos cidadãos nos serviços de vigilância sanitária, com o controle democrático dos meios de comunicação de massa, especialmente no que se refere, diretamente, aos riscos para a saúde e com o fortalecimento de comissões especializadas no tema nas estruturas partidárias. Verifica-se, portanto, que a participação popular (entendida em sua inteireza, en-

volvendo todos os segmentos potencialmente interessados) na feitura da norma administrativa de vigilância sanitária (que se perfaz na execução), deve ser considerada um procedimento eficiente 'ex ante' para legitimar suas decisões.

Não deve, contudo, haver qualquer ilusão de que ao garantir-se a gênese democrática da norma jurídica de vigilância sanitária – valorizando a idéia de justiça – se estará efetivando o direito à saúde. É necessário reconhecer que o ambiente judiciário é essencial para a atuação da vigilância sanitária, até a última instância. E não se pode ignorar que a grande engenhosidade do mecanismo criado para garantir a supremacia da lei [um sistema dito 'de freios e contrapesos', que reserva a edição dos atos gerais (normas abstratas que, no momento de serem emitidas, não se sabe a quem irão atingir) ao Legislativo, poder que, teoricamente, não dispõe de meios para cometer abusos; os atos especiais (atuações concretas absolutamente limitadas pelos atos gerais) ao Executivo] (DALLARI, 1999. p. 220), facilitou a mitificação do princípio da legalidade. A instauração do Estado Social de Direito, por sua vez, estimulou a proliferação de leis que atendem a interesses particulares e, também, de atos norma-

tivos da administração desvinculados de uma lei. Assim, o Judiciário contemporâneo vive uma situação, em certa maneira, esquizofrênica: tendo recebido a função de preservar a supremacia da lei na organização social, ele deve, agora, decidir qual a lei que deve prevalecer, entre as várias que dispõem sobre a mesma matéria de modos diferentes e algumas vezes opostos; ou, em muitas oportunidades, ignorar o dever de estrita observância da le-

É MUITO FREQUENTE QUE
OS GESTORES PÚBLICOS,
ESPECIALMENTE NA ÁREA
DA SAÚDE, NÃO SE PREOCUPEM
COM A FORMA LEGAL DE SEUS ATOS
ADMINISTRATIVOS E, TAMBÉM,
COM A SUA PUBLICIDADE

gabilidade para convalidar ações da Administração tendentes à instauração de situação mais justa, não diretamente previstas em lei. E – necessário notar – justificando sempre sua opção na perfeita submissão ao princípio da legalidade. A compreensão dessa inadequação do Poder Judiciário tal qual imaginado pelo

gênio racionalista às exigências da atualidade, permite explicar a existência de decisões judiciais totalmente discrepantes em casos semelhantes e, igualmente, justificar o comportamento popular descrente da eficácia do recurso a esse Poder para a garantia de direitos. Por outro lado, a definição legal de padrões de qualidade para as ações e serviços de saúde não é da tradição brasileira. Com efeito, é muito freqüente que os gestores públicos, especialmente na área da saúde, não se preocupem com a forma legal de seus atos administrativos e, também, com a sua publicidade. Assim, soma-se à pouca legislação sobre o específico tema em questão, dificuldade de acesso àquela existente posta aos não especialistas. O juiz decide, então, baseado quase que exclusivamente na legislação trazida pelas partes¹⁶, o que reforça a necessidade de povo e gestores públicos procurarem dar forma legal à definição dos padrões de qualidade dos serviços e das ações de saúde.

Para o funcionamento ideal do sistema jurídico, em matéria de vigilância sanitária, não basta, entretanto, a existência de leis adequadas aos anseios sociais. Ele precisa, igualmente, de operadores que 'falem a língua do sistema sanitário'¹⁷. Assim, seria interessante que

¹⁶ Veja-se, por exemplo os resultados, ainda não publicados, da pesquisa que vem sendo conduzida pelo Núcleo de Pesquisas em Direito Sanitário da Universidade de São Paulo.

¹⁷ Adaptando-se a expressão de Teubner, quando discute a regulação da sociedade pelo direito reflexivo (Teubner, G. *Le droit: un système autopoïétique*. Paris, PUF, 1993).

os órgãos envolvidos – Polícia, Ministério Público e Magistratura – se organizassem para oferecer a infraestrutura de apoio necessária para a apresentação dos argumentos e a formação do convencimento, respectivamente, em matéria de vigilância sanitária. Isso deve implicar, por exemplo, a existência de facilidades para o acesso (virtual ou real) à legislação e à doutrina especializada no assunto e, igualmente, o oferecimento de cursos e seminários sobre temas de direito sanitário. É indispensável, porém, que todos – juízes, membros do Ministério Público e policiais – tenham acesso a tais recursos de infra-estrutura em qualquer Comarca onde se encontrem, uma vez que questões de segurança sanitária envolvem pessoas em todas as partes do território brasileiro e não apenas nos grandes centros urbanos.

É necessário concluir enfatizando a importância do papel que o exercício da cidadania desempenha na garantia do direito à proteção da saúde. De fato, tanto para que a lei reflita o ideal de justiça da sociedade, quanto para que os órgãos de vigilância sanitária normatizem as relações concretas que podem ameaçar a segurança sanitária ou para que o Poder Judiciário decida sempre preservando o direito de proteção à saúde, é indispensável a participação dos cidadãos, atuando sua parcela de responsabilidade na autoridade deliberativa e judiciária da

polis. Muito já vem sendo feito para possibilitar o exercício pleno da cidadania, especialmente no que diz respeito à saúde. É chegado, contudo, o momento de dar o salto de qualidade que garantirá a efetividade da regulação em vigilância sanitária. É necessário, pois, que povo e governantes se unam na construção e manutenção dos espaços públicos de discussão e que seja feito um esforço importante em educação, seja ela especializada em direito sanitário para os operadores do direito, seja – não menos importante – sobre os métodos da ciência para todo o povo. Apenas assim procedendo, poderemos afirmar – sem angústias e inquietações – a existência do direito à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARISTÓTELES. *A política*, Livro III, cap. XI e Livro III, cap. I, § 8.
- BERLINGUER, G. *A doença*. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1988, p. 82.
- CAILLOSSE, J. A propos de l'analyse des politiques publiques. In: COMMAILLE, J.; DUMOULIN, L.; ROBERT, C. *La juridiction du politique: leçons scientifiques*. Paris: L.G.D.J., 2000. p. 51.
- DALLARI, D. de A. *Elementos de teoria geral do Estado*. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 1999. p. 220.
- HABERMAS, J. *Droit et démocratie: entre faits et normes*. Paris: Gallimard, 1996. p. 469; 471.

NASCIMENTO, P. R.; ZIONI, F. Relações federativas no SUS: autonomia nas relações intergovernamentais da CIB-SP. *Revista de Direito Sanitário*, ano 3, n. 2, jul. 2002, p. 11-33.

SILVA, J. A. da. *Curso de direito constitucional positivo*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989, p. 105.

WORMS, F. Risques communs, protection publique et sentiment de justice. *L'Année sociologique*, v. 46, n. 2, 1996, p. 287-307.

Alocação Equitativa de Recursos Financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro

Equity in the distribution of financial resources: an alternative for the Brazilian case

Silvia Marta Porto
Francisco Viacava
Célia Landmann Szwarcwald
Mônica Martins
Cláudia Travassos
Solon Magalhães Vianna
Sérgio Francisco Piola
Maria Alicia Ugá
Cid Manso Vianna

RESUMO

Diversos países têm realizado esforços a fim de definir metodologias equitativas para distribuição geográfica de recursos destinados ao setor saúde. Entretanto, as experiências internacionais mostraram-se pouco apropriadas ao caso brasileiro. Neste trabalho, apresenta-se uma metodologia alternativa para o caso brasileiro. Os resultados distributivos obtidos a partir dessa metodologia apontam para a existência de iniquidades na alocação de recursos financeiros, efetuada pelo Ministério da Saúde no ano de 1999, e permitiram verificar que a maior iniquidade está relacionada aos repasses destinados ao financiamento de assistência hospitalar e ambulatorial.

DESCRITORES: *Financiamento da Saúde; Alocação de Recursos; Recursos em Saúde.*

ABSTRACT

Various countries have made efforts to define equitable methodologies for the geographical allocation of financial resources in the health sector. Nevertheless, international experiences are poorly adequate to the Brazilian case. This paper presents an alternative methodology for the Brazilian case. The distributive results obtained through this method indicate that, in 1999, the Brazilian Ministry of Health distributed resources in an inequitable way and that the main inequities are related to the distribution of financial resources directed to medical care.

DESCRIPTORS: *Health Financing; Resource Allocation; Health Resources.*

Este artigo apresenta parte dos resultados obtidos no projeto de pesquisa "Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos" Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), financiado pelo REFORSUS do Ministério da Saúde.

A titulação e endereço de contato dos autores estão no final do artigo

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos vem sendo ressaltada, no Brasil, a necessidade de desenvolver mecanismos capazes de reduzir as desigualdades no uso de serviços de saúde e, nesse sentido, um aspecto considerado fundamental refere-se ao desenvolvimento de metodologias mais equitativas para efetuar a alocação geográfica de recursos financeiros.

Entre 1991 e 1996, a alocação de recursos do Ministério da Saúde (MS) foi realizada em função do faturamento dos serviços ambulatoriais e hospitalares e, conseqüentemente, refletia as desigualdades existentes na distribuição da oferta, sabidamente concentrada nas regiões mais ricas do país (ALMEIDA *et al.*, 2000; PIOLA; BIASOTO, 2001; PORTO, 2002). Essa política alocativa de recursos passou por uma reformulação a partir de 1997, quando foi estabelecido que o financiamento destinado à atenção básica seria feito procurando-se atingir a igualdade de despesa *per capita* para todos os municípios (BRASIL, 1996). Dada a grande diversificação dos valores *per capita* até então existentes, iniciou-se o processo de homogeneização estabelecendo-se um valor *per capita* mínimo, fundamentado no gasto médio nacional, e um valor *per capita* máximo para os municípios, com gasto superior ao valor médio naci-

onal. Ao mesmo tempo, criaram-se incentivos financeiros para o desenvolvimento de programas específicos como o Programa Saúde da Família (PSF), cujo volume de recursos é determinado pelo número de equipes implantadas e pela cobertura populacional alcançada pelo programa (LEVCOVITZ *et al.*, 2001).

Essas mudanças no sistema de financiamento definiram uma partilha de recursos que favoreceu as áreas geográficas mais carentes, abrangen-

ENTRE 1991 E 1996, A ALOCAÇÃO DE RECURSOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) FOI REALIZADA EM FUNÇÃO DO FATURAMENTO DOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES E, CONSEQÜENTEMENTE, REFLETIA AS DESIGUALDADES EXISTENTES NA DISTRIBUIÇÃO DA OFERTA

do grande parte dos municípios que recebiam menos do que o valor médio nacional em atenção básica.

Entretanto, pode-se dizer que essa modificação na sistemática distributiva de recursos destinados à atenção básica, embora tenha resultado em uma distribuição geográfica um pouco menos desigualitária, não foi suficiente para reverter o quadro de desigualdades ainda ca-

racterizado por um gasto *per capita* em saúde menor nas localidades com situações sanitárias e socioeconômicas mais precárias. Assim, em 1999, a percentagem de recursos destinados à atenção básica representava apenas 21,3% da despesa total com atenção hospitalar e ambulatorial e 11,4% do gasto líquido do MS, e o restante dos recursos continuava sendo alocado em função do faturamento da produção realizada, que é reflexo da oferta existente (MARQUES; MENDES, 2002).

Diversos países têm realizado esforços para definir metodologias equitativas para distribuição geográfica de recursos destinados ao financiamento do setor saúde e todas as propostas metodológicas têm como ponto de partida as correspondentes bases populacionais¹.

Contudo, como a simples distribuição de recursos *per capita* desconsidera as desigualdades existentes entre as estruturas populacionais dimensionadas em função das variáveis sexo e idade, todas as propostas realizam ajustes levando em conta o fato de que as necessidades de saúde das populações mudam segundo sua composição demográfica. Assim, por exemplo, crianças e idosos demandam mais serviços de saúde que as outras faixas etárias, e homens e mulheres em idade reprodutiva apresentam diferentes perfis de morbidade. Por outro lado,

¹ Uma síntese das experiências de 19 países pode ser encontrada em Rice N. e Smith P. (1999).

também existem diferenças entre os custos médios dos serviços utilizados entre os diferentes subgrupos populacionais. Os idosos, por exemplo, além de demandarem mais serviços de saúde, também requerem atendimentos que, em média, são mais onerosos.

Um ponto fundamental entre as abordagens metodológicas, orientadas pelo princípio de igualdade de recursos financeiros para necessidades iguais, é o reconhecimento de que uma distribuição equitativa de recursos financeiros deve ser baseada em um *proxy* de necessidades que permita dimensionar desigualdades relativas entre as condições sanitárias e socioeconômicas das populações de distintas áreas geográficas.

Em síntese, a alocação de recursos financeiros deve ser realizada a partir de sucessivos ajustes da base populacional, levando em conta o perfil demográfico e as desigualdades entre as necessidades de saúde. É, porém, justamente nas formas de medir as necessidades de saúde que as propostas se diferenciam. Cabe destacar que existem medidas mais simples e mais sofisticadas para dimensionar as necessidades do uso de serviços de saúde, contudo nenhuma delas consegue captar totalmente todos os aspectos e a complexidade das necessidades de saúde das populações.

Na Inglaterra, na década de 1970, foi proposta pelo Resource Allocation Working Party (RAWP) uma

metodologia de alocação segundo a qual os recursos financeiros devem ser distribuídos em função da população corrigida a partir de três fatores: diferenças na estrutura de sexo e idade, outras necessidades de uso de serviços e variações regionais no custo da atenção médica (Inglaterra, Department Of Health And Social Security, 1976).

Na primeira formulação da metodologia proposta pelo RAWP, foram utilizadas como *proxy* de necessida-

A ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

DEVE SER REALIZADA A PARTIR DE

SUCESSIVOS AJUSTES DA BASE

POPULACIONAL, LEVANDO EM CONTA

O PERFIL DEMOGRÁFICO E AS

DESIGUALDADES ENTRE AS

NECESSIDADES DE SAÚDE

des unicamente as taxas de mortalidade específicas por 'causa', padronizadas por sexo e idade. Sua aplicação no Reino Unido, ao longo de mais de dez anos, produziu uma distribuição de recursos mais equitativa. Entretanto, a metodologia foi amplamente criticada, dado que não havia evidências empíricas para assumir que as taxas padronizadas de mortalidade estariam linearmente relacionadas às necessidades do uso de serviços de saúde (Rice; Smith, 1999. p. 36).

Em 1985, o governo inglês solicitou a um grupo de especialistas a revisão desta metodologia, para que a fórmula captasse de melhor maneira as necessidades de saúde. As principais modificações sugeridas foram:

- usar as taxas padronizadas por todas as 'causas', para a população de 0 a 75 anos, como base da medida de mortalidade, ao invés de medidas de mortalidade para cada grupo etário;

- considerar que o peso dado às taxas padronizadas de mortalidade deveria ser reduzido;

- incorporar um indicador de deprivação social (Rice; Smith, 1999. p. 36).

Essas modificações foram parcialmente implementadas, dado que o indicador de deprivação social nunca chegou a ser utilizado (SHELDON; CARR-HILL, 1992).

Nos anos de 1990, Carr-Hill *et al.* (1994) elaboraram uma nova proposta metodológica centrada em dados do uso de serviços de saúde para estimar a demanda potencial aos serviços, gerada pelas necessidades de saúde, ajustando pela distribuição da oferta de serviços.

Essa metodologia foi testada para o caso brasileiro (PORTO *et al.*, 2001) e, contrariamente ao observado na Inglaterra, mesmo com o ajuste pela distribuição da oferta de serviços, vários indicadores de necessidades

mostraram-se inversamente relacionados ao uso de serviços de saúde. Assim, por exemplo, em áreas com piores condições de vida (maior coeficiente de mortalidade infantil, maior porcentagem de analfabetos e maior concentração de pessoas por domicílio) o modelo estimou menor volume de uso de serviços de saúde do que nas áreas com melhores condições de vida.

Os resultados sugerem que, além das desigualdades na oferta, existem outras barreiras no acesso aos serviços de saúde no país. Esse trabalho tem por objetivo propor um modelo alternativo para alocação de recursos financeiros a partir das necessidades de saúde no Brasil e, desse modo, fornecer subsídios para uma distribuição mais equitativa de recursos de custeio a ser realizada pelo Ministério de Saúde para os governos estaduais, condicionando-a à oferta existente.

METODOLOGIA

Considerando as limitações apontadas na utilização das metodologias revistas para alocação dos recursos financeiros levando em conta as necessidades de saúde, decidiu-se elaborar uma metodologia alternativa, definindo as necessidades de saúde a partir de um conjunto de indicadores epidemiológicos e socioeconômicos, e não apenas utilizando um único tipo de indicador (taxas padroni-

zadas de mortalidade) como foi feito na fórmula RAWP.

CÁLCULO DO ÍNDICE DE NECESSIDADES DE SAÚDE

Os indicadores epidemiológicos e socioeconômicos foram selecionados consultando-se os sistemas de informação de base municipal mais atuais: Contagem de 1996, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (variáveis socioeconômicas); Sistema de Informações sobre Mortalidade

(MS/1998), e o Sistema de Nascidos Vivos (MS/1998). Foram priorizados os indicadores sociais sobre os quais existem evidências científicas indicando associação positiva com as necessidades de saúde (por exemplo, média de pessoas residentes em domicílios e taxa de analfabetismo) e indicadores epidemiológicos que apresentam distribuição espacial em todas as áreas geográficas, como por exemplo, mortalidade por doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças infecciosas e parasitárias (ver Tabela 1).

TABELA 1 – Indicadores socio-econômicos e epidemiológicos selecionados

Indicadores	Descrição	Fonte
Taxa de analfabetismo	Proporção de pessoas residentes, com quatro anos ou mais de idade, sem instrução ou menos de um ano de estudo/pessoas residentes com quatro anos ou mais de idade	IBGE – Contagem 1996
Densidade domiciliar	Média do número de pessoas residentes por domicílio	IBGE – Contagem 1996
Proporção da população rural	Proporção de pessoas residentes na área urbana/pessoas residentes	IBGE – Contagem 1996
Proporção de óbitos infantis mal definidos	Proporção de óbitos infantis sem definição da causa básica	SIM 1996-1998
Proporção de óbitos infantis por D/D	Proporção de óbitos infantis por diarreia/deficiências, desnutrição	SIM 1996-1998
Taxa de mortalidade por Neoplasias	Taxas de mortalidade por todas as neoplasias padronizadas por idade e sexo	SIM 1998
Taxa de mortalidade por DCV	Taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares padronizadas por idade e sexo	SIM 1998
Taxa de mortalidade por DIP	Taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias padronizadas por idade e sexo	SIM 1998
Taxa de mortalidade 1-64 anos	Taxa de mortalidade na população de 1 a 64 anos de idade	SIM 1998
Coefficiente de mortalidade infantil	Coefficiente de mortalidade infantil corrigido	SIM/SINASC 1998 ou IBGE1998*
Proporção de mães adolescentes	Proporção de mães entre 10 e 19 anos de idade	SINASC 1998
Taxa de mortalidade 65 anos e mais	Taxa de mortalidade da população de 65 e mais corrigida	SIM 1998

*Quando a cobertura das informações de registro era considerada adequada, segundo a RIPSa, a mortalidade infantil foi estimada pelo método direto (SIM/SINASC). Para os estados e municípios com deficiência no registro dos dados vitais, foram utilizados fatores de correção obtidos por mensuração indireta pelo IBGE.

Considerando que os municípios pequenos geralmente têm maiores deficiências na qualidade do registro das estatísticas vitais, apresentando instabilidade nos indicadores de mortalidade, já que o evento não tem, muitas vezes, a chance de ocorrer em um determinado período de tempo, a utilização do município como unidade territorial de análise não foi viável, usando-se apenas os municípios capitais dos 26 estados e o Distrito Federal, outros municípios com mais de 200 mil habitantes, e áreas geográficas correspondentes ao agregado dos demais municípios para cada estado da federação. Foi assim constituído um banco de dados com 134 unidades geográficas.

Para calcular um Índice de Necessidades de Saúde (INS), utilizou-se um procedimento de análise estatística multivariada (análise de componentes principais), de tal forma que, podendo representar o espaço multivariado original em um número reduzido de fatores formados por combinações lineares das variáveis originais, não correlacionados entre si (ortogonais), e estimados, matematicamente, no sentido de maximizar a variância total original. O INS foi obtido por meio da média ponderada dos componentes principais da necessidade, utilizando-se como ponderações o percentual total da variância explicado por cada fator. O INS por Unidade da Federação (UF) foi obtido pela média ponderada dos índices das subunidades geográficas em

cada UF, utilizando-se ponderações diretamente proporcionais à população de cada subunidade geográfica. Finalmente, fez-se uma transformação linear de tal forma que o INS variasse entre 1 e 2.

ESTIMATIVA DA DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DE RECURSOS FINANCEIROS SEGUNDO NECESSIDADES DE SAÚDE

Tendo em vista a diversidade dos tipos de serviços de saúde deman-

A CONSOLIDAÇÃO EM UM ÚNICO CÁLCULO DISTRIBUTIVO FOI REALIZADA A PARTIR DAS PONDERAÇÕES OBTIDAS PARA CADA TIPO DE SERVIÇO

dados, e que as estruturas demográficas expressam demandas diferenciadas para os diversos tipos de serviços (por exemplo, a população de 0 a 5 anos não demanda serviços de internação psiquiátrica, e é a população idosa que demanda mais serviços de reabilitação), foram feitos cálculos distributivos separadamente, segundo o tipo de serviço: serviços ambulatoriais e hospitalares. Dentre esses últimos foram discriminadas as internações de curta

permanência, internações de longa permanência, internações obstétricas, internações psiquiátricas e internações de reabilitação. Para cada tipo de serviço, partiu-se da base populacional correspondente e efetuaram-se ajustes sucessivos em função do perfil demográfico e do índice de necessidades de saúde.

O INS foi usado em todos os casos, excetuando-se as internações obstétricas onde as necessidades foram estimadas usando-se apenas a taxa de fertilidade, e as internações psiquiátricas para as quais utilizou-se apenas o ajuste pela estrutura demográfica, já que os indicadores de mortalidade não são considerados apropriados para determinar necessidades por esse tipo de serviço (GOLDACRE, M. J.; HARRIS, R. I., 1980).

A consolidação em um único cálculo distributivo foi realizada a partir das ponderações obtidas para cada tipo de serviço, usando-se como fator de ponderação a participação do gasto por cada tipo de serviço no ano anterior, em relação ao total distribuído naquele ano.

COMPARAÇÕES ENTRE A ALOCAÇÃO DE RECURSOS FEITAS POR MEIO DO MÉTODO E A ALOCAÇÃO EFETUADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Foram efetuadas duas comparações: uma primeira, em que se considera apenas a distribuição da despesa efetuada em 1999 pelo MS, com atenção ambulatorial e hospitalar

(incluindo a rede própria do MS e a rede contratada); e uma segunda, considerando a despesa líquida do MS, que exclui apenas a despesa com a amortização da dívida e o gasto com pessoal inativo e pensionistas. Nesse caso incluem-se, além das despesas com internação ambulatorial e hospitalar, a despesa efetuada com pessoal ativo, programas do Fundo Nacional de Saúde (FNS), medicamentos estratégicos e excepcionais e as despesas da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA (convênios, emendas parlamentares e saneamento).

CÁLCULO DO ÍNDICE DE OFERTA

Considerando que haja uma desigualdade na distribuição espacial da oferta existente e que a distribuição de recursos de custeio deva estar condicionada à existência de capacidade instalada, foi calculado um índice de oferta (IO) por meio de análise de componentes principais, para um conjunto de variáveis de oferta hospitalar e ambulatorial (recursos humanos, leitos hospitalares e equipamentos) de estabelecimentos que prestam serviços ao SUS (Tabela 2). A base de dados utilizada foi a Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (IBGE, 2001). As unidades geográficas foram as mesmas 134 utilizadas para o cálculo do INS.

O IO por Unidade da Federação foi obtido pela média ponderada dos índices das subunidades geográficas

TABELA 2 – Indicadores de oferta

Indicadores	
Autoclave / Pop	Desfibrilador / Pop
Gama câmara / Pop	Equipamento para fototerapia / Pop
Mamógrafo simples / Pop	Incubadora / Pop
Mamógrafo com estereotaxia / Pop	Marcapasso temporário / Pop
Raio X de mais de 500 ma / Pop	Monitor de ECG / Pop
Tomógrafo computadorizado / Pop	Monitor de pressão invasivo / Pop
Ressonância magnética / Pop	Monitor de pressão não-invasivo / Pop
Raio X de 100 a 500 ma / Pop	Oxímetro / Pop
Raio X com Fluoroscopia / Pop	Reanimador pulmonar adulto / Pop
Raio X para densitometria óssea / Pop	Reanimador pulmonar infantil / Pop
Endoscópio das vias urinárias / Pop	Respirador / ventilador adulto / Pop
Endoscópio digestivo / Pop	Respirador / ventilador infantil / Pop
Laparoscópio / Vídeo / Pop	Centrífuga / Pop
Microscópio cirúrgico / Pop	Equipamento para cauterização / Pop
Endoscópio das vias respiratórias / Pop	Esignomanômetro adulto / Pop
Eletrcardiograma / Pop	Esignomanômetro infantil / Pop
Eletrroencefalograma / Pop	Oftalmoscópio / Pop
Bomba de cobalto / Pop	Otoscopia / Pop
Bomba de infusão / Pop	Equipamento para hemodíalise / Pop
Berço aquecido / Pop	Forno de Bier / Pop
Leito agudo sem obstetrícia / Pop	

em cada UF, utilizando-se ponderações diretamente proporcionais à população de cada subunidade geográfica. Finalmente, fez-se uma transformação linear de tal forma que o INS variasse entre 1 e 2.

Para analisar a viabilidade da redistribuição de recursos financeiros de custeio, efetuou-se uma comparação entre o INS e o IO.

RESULTADOS

Na análise de componentes principais, efetuada para o cálculo do INS, foram identificados dois fato-

res importantes. No fator 1, cargas grandes e positivas foram encontradas para todos os indicadores socioeconômicos, e para todos os indicadores que caracterizam a situação da mortalidade infantil. Este fator foi, portanto, denominado de 'Condições Socioeconômicas'. Já no fator 2, cargas positivas e próximas da unidade foram encontradas para todos os indicadores de mortalidade geral e por causas selecionadas. O fator 2 foi, portanto, denominado de 'Mortalidade Geral' (Tabela 3).

O INS foi composto pela soma dos dois fatores, ponderando cada fator

pela porcentagem da variância correspondente, ou seja:

$$INS = (0,440) \times \text{fator 1} + (0,281) \times \text{fator 2}$$

Como o fator composto apresentou uma amplitude de variação de -0,77 a 1,68, fez-se uma transformação linear, obtendo-se um índice que varia entre 1 e 2.

A Figura 1 permite observar que os estados que detêm menores valores de INS são: São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Distrito Federal. Em contraste, todos os estados do Nordeste, com exceção de Sergipe, apresentam os maiores índices do Brasil.

Nas Tabelas 4 e 5, apresentam-se os resultados comparativos da alocação de recursos em função das necessidades (populações ajustadas por sexo, idade e ICN) e a efetuada pelo Ministério da Saúde (MS) para o ano de 1999.

Na primeira comparação (Tabela 4) na qual considerou-se apenas a distribuição da despesa efetuada pelo MS com atenção ambulatorial e hospitalar (incluindo a rede própria do MS e a rede contratada), observa-se que, com o uso dessa metodologia:

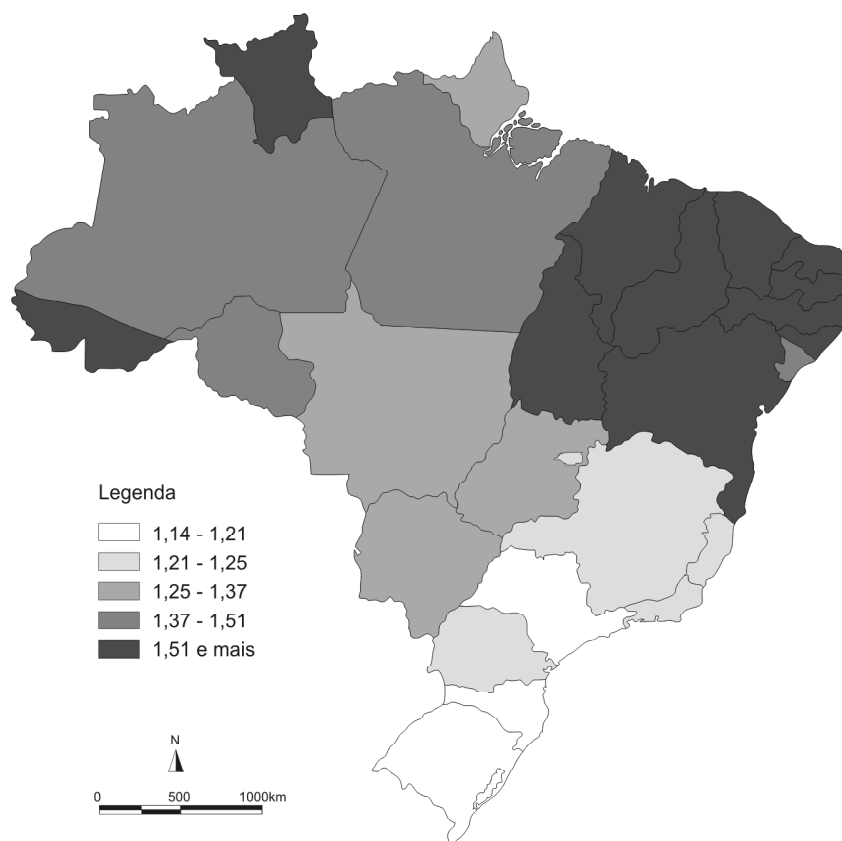
- as Regiões Norte e Nordeste teriam um acréscimo de recursos de, respectivamente, 40,26% e 34,67% e que todos os estados dessas regiões seriam beneficiados com aumentos que oscilam entre 17,46% (Tocantins) e 70,00% (Roraima);

TABELA 3 – Análise de componentes principais para o cálculo do INS

Indicadores utilizados	Fator 1	Fator 2
Taxa de Analfabetismo	0.940	-0.035
Densidade Domiciliar	0.846	-0.009
Proporção de Óbitos Infantis Mal-definidos	0.735	-0.081
Proporção de Óbitos Infantis por Diarréia/ Desnutrição	0.784	0.010
Coefficiente de Mortalidade Infantil	0.809	0.280
Taxa de Mortalidade 65 anos e mais	0.141	0.937
Proporção de População Rural	0.737	-0.198
Taxa de Mortalidade 1 a 64 anos	-0.010	0.894
Taxa de Mortalidade por DCV	-0.044	0.913
Taxa de Mortalidade por Neoplasias	-0.571	0.650
Taxa de Mortalidade por DIP	0.606	0.565
Proporção de Mães Adolescentes	0.776	-0.025

Fonte: PORTO et al., 2001.

FIGURA 1 – Distribuição geográfica do índice de necessidades por Unidade da Federação



Fonte: PORTO et al., 2001.

TABELA 4 – Comparação entre a despesa com assistência hospitalar e ambulatorial e da rede própria do MS e a alocação estimada segundo população ajustada por sexo/idade/custo e proxy de necessidade – Unidades da Federação – Brasil – 1999

REGIÃO / UF	Alocação MS Assistência Hospitalar/Ambulatorial e Rede Própria % (1)	Alocação Estimada %	Diferença %
NORTE	5,34	7,49	40,26
Rondônia	0,62	0,77	24,19
Acre	0,23	0,35	52,17
Amazonas	1,02	1,49	46,08
Roraima	0,1	0,17	70,00
Pará	2,56	3,75	46,48
Amapá	0,17	0,23	35,29
Tocantins	0,63	0,74	17,46
NORDESTE	24,89	33,52	34,67
Maranhão	2,76	4,13	49,64
Piauí	1,59	2,08	30,82
Ceará	4,25	5,01	17,88
Rio Grande do Norte	1,42	1,91	34,51
Paraíba	1,71	2,76	61,40
Pernambuco	4,45	5,42	21,80
Alagoas	1,45	2,27	56,55
Sergipe	0,92	1,11	20,65
Bahia	6,34	8,84	39,43
SUDESTE	47,02	39,31	-16,40
Minas Gerais	9,48	9,84	3,80
Espírito Santo	1,49	1,64	10,07
Rio de Janeiro	11,61	8,25	-28,94
São Paulo	24,45	19,57	-19,96
SUL	16,89	13,45	-20,37
Paraná	5,83	5,23	-10,29
Santa Catarina	2,89	2,68	-7,27
Rio Grande do Sul	8,17	5,54	-32,19
CENTRO-OESTE	5,86	6,24	6,48
Mato Grosso do Sul	1,01	1,15	13,86
Mato Grosso	1,27	1,36	7,09
Goiás	2,43	2,75	13,17
Distrito Federal	1,15	0,98	-14,78
TOTAL	100	100	0
TOTAL: R\$11.508.690,75 (em R\$1.000).			

¹ Assistência hospitalar e ambulatorial inclui pagamentos do SIH/SIA, transferências para MAC, Atendimentos Básicos e rede própria.

Fonte: Porto et al., 2001.

• este ganho das Regiões Norte e Nordeste daria-se em função da retração do volume de recursos alocados às Regiões Sudeste e Sul, que

perderiam, respectivamente, 16,40% e 20,37%. Cabe destacar que, na Região Sudeste, seriam beneficiados dois estados: Espírito Santo e Mi-

nas Gerais, cujos aumentos seriam de 10,07%, e 3,80%;

- a Região Centro-Oeste teria seus recursos aumentados em 6,48%; entretanto, haveria grandes diferenças na redistribuição entre as UF da região: três estados ganhariam, enquanto o Distrito Federal perderia 14,78%.

Na segunda comparação referente à despesa líquida do Ministério da Saúde (Tabela 5), que exclui apenas a despesa com a amortização da dívida e o gasto com pessoal inativo e pensionistas, verifica-se que:

- na Região Norte, quatro dos estados teriam seus recursos para custeio diminuídos e os restantes registrariam aumentos bem inferiores aos estimados na comparação anterior;

- a nova distribuição continuaria favorecendo, fundamentalmente, os estados da Região Nordeste que, na sua maioria, receberiam menos recursos que os estimados na comparação anterior;

- na Região Sudeste, contrariamente aos resultados observados na comparação anterior, Minas Gerais teria seus recursos aumentados (18,00%) e Espírito Santo diminuídos (-9,58%);

- outra diferença a ser destacada é que na Região Sul os estados de Paraná e Santa Catarina, que na comparação anterior perderiam recursos para custeio, agora receberiam mais

recursos do que os alocados pelo Ministério da Saúde neste ano;

• finalmente, na Região Centro-Oeste, o Distrito Federal registraria uma perda ainda maior (-48,21%) do que a verificada anteriormente, sendo que também o estado de Mato Grosso teria seus recursos diminuídos (-3,60%).

Como mencionado na metodologia, foi criado um índice de oferta (IO) com o intuito de analisar a distribuição de recursos financeiros para custeio com distribuição da capacidade instalada. A análise de componentes principais permitiu identificar que um único fator explica 57% da variância total. O IO por estado, obtido pela média ponderada dos índices das áreas geográficas de cada estado, também foi submetido a uma transformação linear de tal forma que os valores ficassem compreendidos entre 1 e 2. Na figura 2, representa-se graficamente a situação dos estados segundo o INS e o IO. Pode-se observar que há um número importante de estados, quase todos localizados no Nordeste, que têm relativamente alta necessidade e baixa oferta e para os quais seria discutível o efeito da redistribuição apenas dos recursos de custeio sem ampliação inicial da oferta existente. Entretanto, identifica-se, também, que a presença de oferta está associada a um alto grau de necessidades e que corresponderiam a situações em que seria possível iniciar um processo de redistribuição dos recursos de custeio.

TABELA 5— Comparação entre o gasto líquido do MS e a alocação estimada segundo população ajustada por sexo/idade/custo e proxy de necessidade — Unidades da Federação Brasil — 1999

REGIÃO / UF	Gasto MS % (1)	Alocação Estimada %	Diferença %
NORTE	6,76	7,49	10,66
Rondônia	0,90	0,77	-14,65
Acre	0,49	0,35	-28,68
Amazonas	1,18	1,49	26,03
Roraima	0,40	0,17	-58,30
Pará	2,73	3,75	36,97
Amapá	0,34	0,23	-34,23
Tocantins	0,72	0,74	3,53
NORDESTE	25,16	33,52	33,23
Maranhão	2,88	4,13	43,60
Piauí	1,64	2,08	26,65
Ceará	4,24	5,01	18,26
Rio Grande do Norte	1,61	1,91	18,42
Paraíba	1,92	2,76	43,53
Pernambuco	4,40	5,42	23,05
Alagoas	1,52	2,27	49,40
Sergipe	1,00	1,11	10,48
Bahia	5,94	8,84	48,65
SUDESTE	46,30	39,31	-15,10
Minas Gerais	8,34	9,84	18,00
Espírito Santo	1,81	1,64	-9,58
Rio de Janeiro	14,97	8,25	-44,85
São Paulo	21,18	19,57	-7,59
SUL	14,96	13,45	-10,12
Paraná	5,03	5,23	4,11
Santa Catarina	2,64	2,68	1,51
Rio Grande do Sul	7,30	5,54	-24,14
CENTRO-OESTE	6,81	6,24	-8,43
Mato Grosso do Sul	1,15	1,15	0,14
Mato Grosso	1,41	1,36	-3,60
Goiás	2,36	2,75	16,23
Distrito Federal	1,88	0,98	-48,21
TOTAL	100,00	100,00	0,00
TOTAL: R\$15.976.207,05 (em R\$1.000).			

¹ Gasto líquido do MS inclui: pessoal ativo, pagamentos do SIH/SIA, transferências para MAC, Atendimentos Básicos, Rede Própria do MS, Programas do FNS, Medicamentos (Estratégicos e Excepcionais) e FUNASA (Convênios, Emendas Parlamentares e Saneamento).

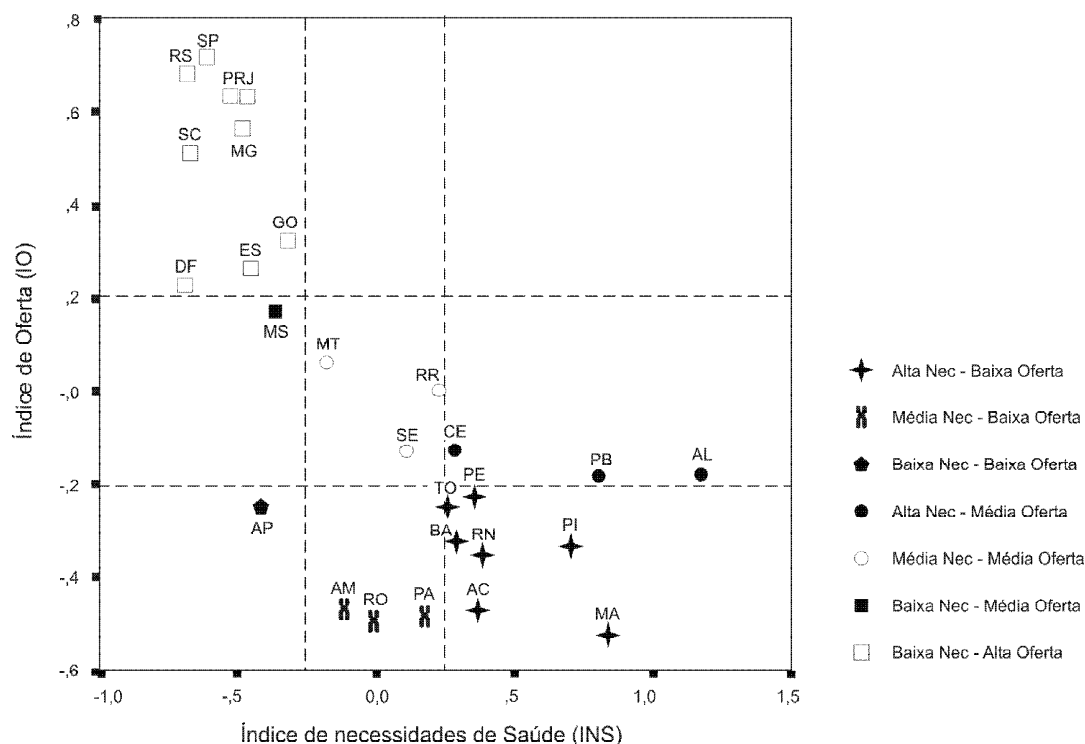
Fonte: Porto et al., 2001.

DISCUSSÃO

A distribuição de recursos, estimada a partir da metodologia apresentada neste trabalho, dado que o

INS incorpora um leque de variáveis socioeconômicas, epidemiológicas e demográficas, permite uma melhor estimativa das necessidades do que a utilização de uma única variável

FIGURA 2 – Distribuição das Unidades da Federação segundo necessidade e oferta



Fonte: Porto et al., 2001.

epidemiológica conforme proposto pela fórmula R_{AWP} . Além disso, o INS poderia também ser utilizado para orientar a alocação de recursos entre municípios de um dado estado, com a vantagem de que a análise de componentes principais pode identificar fatores diferenciados em cada caso, dependendo das variáveis que melhor expressem a desigualdade de necessidades de saúde entre os municípios.

Entretanto, a estimativa das necessidades no caso brasileiro ressaltou-se da falta de informações socioeconômicas de base municipal mais atualizadas. Por exemplo, na estima-

tiva do INS, indicadores das condições de saneamento básico não foram incorporados, já que os últimos dados disponíveis eram os do Censo 1991, e não refletiriam a situação atual das populações das diferentes áreas geográficas.

Outra limitação foi a impossibilidade de adotar como unidade geográfica todos os municípios do país, já que os municípios pequenos geralmente têm maiores deficiências na qualidade do registro das estatísticas vitais e apresentam instabilidade nos indicadores de mortalidade, dado que o evento não tem, muitas vezes, a chance de ocor-

rer em um determinado período de tempo. Essa limitação fez com que fosse necessário trabalhar com agregados de municípios heterogêneos, perdendo a possibilidade de captar a especificidade de cada um dos municípios, o que reduziu a incorporação da variabilidade.

Ainda assim, é importante destacar que, apesar das limitações apontadas, foi possível obter dois fatores associados às condições socioeconômicas e à mortalidade geral de cada área geográfica.

A comparação entre a distribuição estimada através dessa metodologia e a alocação efetuada pelo MS,

quando se consideram os recursos destinados exclusivamente à assistência médico-hospitalar, evidenciou que todos os estados das Regiões Norte e Nordeste receberam menos recursos do que deveriam se a alocação fosse realizada segundo as necessidades de saúde.

Todavia, quando se considera o total da despesa líquida alocada pelo MS, em 1999, verifica-se que alguns estados da região Norte (Rondônia, Acre, Roraima, e Amapá) perderiam recursos se a alocação fosse realizada a partir das necessidades de saúde, já que na despesa líquida estão incluídos os recursos destinados a programas específicos da FUNASA, e programas preventivos do FNS, que favorecem prioritariamente os estados da Região Norte. Destaca-se que o mesmo não aconteceu com os estados da Região Nordeste, que também nesse caso, receberiam mais recursos se a distribuição ocorresse segundo critérios de necessidade.

As diferenças observadas nas duas comparações demonstram que a maior iniquidade está relacionada à distribuição de recursos destinados ao financiamento das ações de assistência ambulatorial e hospitalar, e que são os estados da Região Nordeste os que foram mais penalizados.

Finalmente, para implementar uma política mais equitativa dos recursos entre as unidades da federação, devem ser considerados dois aspectos:

- o primeiro relacionado às dificuldades de implementar uma política redistributiva a partir da qual alguns estados teriam seus recursos significativamente diminuídos;

- o segundo refere-se à desigualdade na distribuição da oferta de serviços de saúde no Brasil; aumentar recursos de custeio em áreas sem oferta de serviços certamente implicaria em alocações ineficientes, que pouco ou nada melhorariam os patamares de inequidade existentes.

PARA SUPERAR A DIFICULDADE DE
IMPLEMENTAR UMA POLÍTICA REDISTRIBUTIVA
A PARTIR DA QUAL ALGUNS ESTADOS TERIAM
SEUS RECURSOS SIGNIFICATIVAMENTE
DIMINUÍDOS, SERIA IMPORTANTE INICIAR
O PROCESSO A PARTIR DA CAPTAÇÃO DE
NOVOS RECURSOS SETORIAIS

Para superar a dificuldade de implementar uma política redistributiva a partir da qual alguns estados teriam seus recursos significativamente diminuídos, seria importante iniciar o processo a partir da captação de novos recursos setoriais. Segundo projeções realizadas para avaliar o impacto da Emenda Constitucional 29, entre 2002 e 2004, o Ministério da Saúde deveria contar com um aumento de cerca de 1,3 bilhões de reais de novos recursos quando

comparados à despesa líquida observada em 1999 (FAVERET *et al.*, 2001). Esse volume de recursos seria suficiente para outorgar os aumentos determinados pela alocação segundo necessidades relativas, sem diminuir os recursos dos outros estados, já que os recursos necessários seriam da ordem de 1,3 bilhões de reais, ou seja, 6,4% da despesa líquida executada pelo MS em 1999.

Por outro lado, para a obtenção de uma maior equidade inter-regional, a redistribuição de recursos financeiros, destinados ao custeio dos serviços de saúde, deveria ser acompanhada de programas de investimento que teriam por objetivo equilibrar – entre as regiões – a oferta existente. Caso contrário, a redistribuição poderia ser altamente ineficiente, já que estados sem oferta receberiam recursos que não poderiam ser executados. Ao mesmo tempo, estados com redes assistenciais de média e alta complexidade poderiam ter comprometida sua qualidade de atenção, no caso de uma redistribuição interregional que diminuísse seus recursos.

Diferentemente da metodologia elaborada por Carr-Hill *et al.* (1994), que estima a demanda potencial aos serviços gerada pelas necessidades de saúde, considerando a distribuição espacial da oferta existente, a metodologia alternativa elaborada para o caso brasileiro não incorpora a distribuição da capacidade instalada. O indicador de oferta, apre-

sentado neste trabalho, oferece indicativos para orientar uma alocação mais equitativa de recursos de custeio, levando em conta as desigualdades na distribuição geográfica da oferta, e poderia ser refinado discriminando a oferta por nível de complexidade.

Finalmente, cabe destacar que estas metodologias têm por objetivo distribuir os recursos existentes de forma mais equitativa, partindo das necessidades de saúde, e não permitem avaliar se o volume de recursos destinados a cada unidade geográfica é suficiente, ou não, para atender todas as necessidades de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Celia *et al.* Health Sector Reform in Brazil: a case study of inequity. *International Journal of Health Services*, v. 30, n. 1, 2000. p. 129-162.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2203 de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS O1/96. Brasília, DF, 1996.
- CARR-HILL, R. A. *et al.* *A Formula for Distributing NHS Revenues based on Small Area Use of Hospital Beds*. Occasional Paper, Centre for Health Economics, University of York, 1994.
- FAVERET, A. C. S. C. *et al.* Estimativas de impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde (Emenda Constitucional nº 29/2000). *Cadernos de Economia da Saúde* 1, p. 36, Série J. Cadernos nº 4. Brasília, DF: Ministério da Saúde/SGIS, 2001.
- GOLDACRE, M. J.; HARRIS, R. I. Mortality, Morbidity, resource allocation, and planning: a consideration of disease classification. *British Medical Journal*, v. 281, 1980. p. 1511-1517.
- INGLATERRA. Department of Health and Social Security. *Report of the Resource Allocation Working Party (RAWP)*. Londres, 1976.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Assistencial Médico Sanitária*. Rio de Janeiro: IBGE, 1999.
- LEVCOVITZ, Eduardo. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel da Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001. p. 269-291.
- MARQUES, Rosa; MENDES, Áquilas N. A dimensão do financiamento da atenção básica e do PSF no contexto da saúde. In: SOUSA, Maria Fátima de (Org.). *Os Sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: HUCITEC, 2002. p. 71-101.
- PIOLA, Sergio F.; BIAOSOTO JÚNIOR, Geraldo. (2001). Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, G. (Org.). *Brasil: Radiografia da Saúde*. Campinas, SP: Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), 2001, p. 219-232.
- PORTO, Silvia M. Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2002. p. 939-57.
- PORTO, Silvia M. *et al.* *Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos. Relatório final de projeto REFORSUS*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), 2001.
- RICE, N.; SMITH, P. *Approaches to capitation and risk adjustment in health care: an international survey*. Occasional Paper, Centre for Health Economics, University of York, 1999.
- SHELDON, T.; CARR-HILL, R. A. (1992). Resource allocation by regression in the NHS statistical critique of the RAWP review. *Journal of the Royal Statistical Society, (Series A)*, 155, n. 3, 1992. p. 403-420.

AUTORES

SILVIA MARTA PORTO

Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Pesquisadora Titular da ENSP/FIOCRUZ
Rua Leopoldo Bulhões,
1.480 – 7º andar
CEP 21041-210 – Rio de Janeiro – RJ
e-mail: sporto@ensp.fiocruz.br

FRANCISCO VIACAVA

Médico, Mestre em Medicina Preventiva e Social pela Faculdade

de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), Coordenador do Departamento de Informações em Saúde do Centro de Informação Científica e Tecnológica (CICT) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
Av. Brasil, 4.365
CEP 21045-900 – Rio de Janeiro – RJ
e-mail: viacava@cict.fiocruz.br

CÉLIA LANDMANN SZWARCWALD
Matemática, doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Pesquisadora Titular do Centro de Informação Científica e Tecnológica (CICT) da FIOCRUZ
Av. Brasil 4.365
CEP 21045-900 – Rio de Janeiro – RJ
e-mail: celias@cict.fiocruz.br

MÔNICA MARTINS
Ph D pela Universidade de Montreal, Pesquisadora Adjunta da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
Rua: Leopoldo Bulhões, 1.480 – 7º andar
CEP 21041-210 – Rio de Janeiro – RJ
e-mail: martin@ensp.fiocruz.br

CLÁUDIA TRAVASSOS
Ph D pela London School of Economics, Pesquisadora Titular do Centro de Informação Científica e Tecnológica (CICT) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Av. Brasil, 4.365
CEP 21045-900 – Rio de Janeiro – RJ
e-mail: claudia@cict.fiocruz.br

SOLON MAGALHÃES VIANNA
Consultor
SHIN QI 12 Conjunto 6,
Casa 13 – Lago Norte
CEP 71525-260 – Brasília – DF
e-mail: solon@yawl.com.br

SÉRGIO FRANCISCO PIOLA
Técnico de Planejamento e Pesquisa do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA)
Ed. do BNDES – 14º andar
CEP 70076-900 – Brasília – DF
e-mail: piola@ipea.gov.br

MARIA ALICIA UGÁ
Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Pesquisadora Titular da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
Rua: Leopoldo Bulhões, 1.480 – 7º andar
CEP 21041-210 – Rio de Janeiro – RJ
e-mail: domingue@ensp.fiocruz.br

CID MANSO VIANNA
Doutor em Saúde Coletiva, Professor Titular do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)
e-mail: vianna@uerj.br

Os (Des)caminhos do financiamento do SUS

The Sinuous ways of SUS financing

RESUMO

Ao longo da década de 1990 e nos primeiros anos de 2000, a sociedade brasileira assistiu a freqüentes embates sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Mesmo após a promulgação da Emenda Constitucional nº 29/2000, diversos aspectos que definem o financiamento são contestados, apontando quão frágil é o consenso sobre ser a saúde um dever do Estado e um direito do cidadão. Este artigo tem por objetivo reconstituir o processo de institucionalização do financiamento do SUS e as suas tensões existentes com a área econômica do governo federal, destacando as condicionalidades impostas ao financiamento e ao conceito de saúde, enquanto universal e integrante da Seguridade Social. A primeira parte do artigo resgata os 15 anos de tensão na trajetória de institucionalização do SUS e a segunda analisa os principais aspectos que evidenciam a relação entre os constrangimentos econômicos e o SUS nos anos 2000.

DESCRITORES: *Financiamento da Saúde; SUS; Seguridade Social.*

ABSTRACT

During the 90's and the first years of this decade, the Brazilian society observed frequent "disputes" regarding SUS financing. Even after the Constitutional Amendment 29/2000 several aspects which define financing are dubious, indicating how weak is the consensus of health as a State duty and a citizen right. This article aims to rebuild the process of SUS financing institutionalization and the existing tensions with the federal government economic area, focusing on the conditions imposed to health financing and the concept of health as universal and part of Social Security. This article is divided in two parts. The first part rescues the fifteen years of tension in the history of SUS institutionalization and the second part analyses the main aspects which demonstrate the relationship between the economics constraints and SUS in this decade.

DESCRIPTORS: *Health Financing; SUS; Social Welfare.*

Áquilas Nogueira Mendes¹
Rosa Maria Marques²

¹ Professor de Economia da FAAP de São Paulo, vice-presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde, técnico do Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal (CEPAM) Rua Pedroso Alvarenga, 401/131 CEP 04531-010 – São Paulo – SP e-mail: aquilasn@uol.com.br

² Professora titular da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), ex-presidente da Sociedade Brasileira de Economia Política (1998 e 2002). Departamento de Economia da PUC-SP Rua Monte Alegre, 984, edifício Reitor Bandeira de Melo, sala 131-A. CEP 05014-901 – São Paulo – SP e-mail: rosamarques@hipernet.com.br

INTRODUÇÃO

No ano de 2000, mesmo com a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 29, vários aspectos que definem o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) continuaram sendo contestados ou colocados em dúvida, indicando o quanto é frágil o 'consenso' em torno do entendimento de que a saúde é um dever do Estado e um direito do cidadão. Assistiu-se ao embate entre os Ministérios da Saúde, do Planejamento e da Fazenda em torno da interpretação do texto da emenda relativa ao montante da participação da União no financiamento do SUS. Ao mesmo tempo, os entes federados tentaram insistentemente redefinir o conceito de saúde para, assim procedendo, diminuir o volume de recursos comprometidos com essa área.

No campo econômico, a ênfase em promover elevado superávit primário, acordado com o Fundo Monetário Internacional (FMI), resultava em uma política fiscal contractionista e em taxas de juros elevadas, constringendo o desenvolvimento das políticas sociais, tais como a de garantir saúde para a população brasileira. Das sinalizações dos 'atores' envolvidos na discussão sobre o financiamento da saúde, fica absolutamente claro que o governo federal considera a saúde, e todas as demais políticas sociais, subordinadas ao cumprimento das metas junto ao FMI. Fica também óbvio que

o SUS somente sobrevive porque o Legislativo soube definir recursos para seu financiamento e porque a chamada Frente Parlamentar da Saúde da Câmara Federal tem defendido, de forma incansável, o seu cumprimento. Não fosse isso, estaríamos assistindo à continuidade do processo de (des)financiamento.

Entretanto, a implementação da EC-29 não tem sido tarefa fácil. Além da discussão em torno da participação da União, 'interpretações'

O SUS SOMENTE SOBREVIVE PORQUE O LEGISLATIVO SOUBE DEFINIR RECURSOS PARA SEU FINANCIAMENTO E PORQUE A CHAMADA FRENTE PARLAMENTAR DA SAÚDE DA CÂMARA FEDERAL TEM DEFENDIDO, DE FORMA INCANSÁVEL, O SEU CUMPRIMENTO

sobre o que constitua ações e serviços de saúde tentam considerar como tais os programas de alimentação e saneamento e a despesa com inativos da área da saúde. E do lado quantitativo, não é desprezível o volume de recursos envolvido caso esses gastos sejam indevidamente apropriados.

Recentemente, na Proposta Orçamentária do Ministério da Saúde (MS) para 2004, encaminhada pelo executivo ao Congresso Nacional,

foram considerados os recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (Emenda Constitucional 31) como fonte de despesa a ser utilizada para ações e serviços públicos de saúde. No momento em que esses R\$3.571 milhões são considerados como ações de saúde, não só a Saúde deixa de contar com esse montante de recursos, incorrendo em descumprimento da EC-29, como é desrespeitado o processo de construção da definição do que sejam ações típicas de saúde, iniciado por meio dos cinco seminários realizados (de 2001 a 2003) entre os Tribunais de Contas, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Ministério da Saúde e outras entidades vinculadas ao SUS. A inclusão da alimentação, da nutrição e do saneamento básico, previstas para serem financiadas com o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, contrariam o §2 do artigo 198 da Constituição, os artigos 5 e 6 da Lei nº 8.080/90 e a Resolução nº 322 do CNS, homologada pelo MS em 8 de maio de 2003. E o que impressiona é vermos que governos que se diziam comprometidos com um programa de avanço social defendem, hoje, essa 'interpretação'.

Na legislação infra-constitucional está escrito ou considerado: os recursos financeiros destinados pelos governos para fazer ações e ser-

viços públicos de saúde (Lei nº 8080/90) não podem ser usados para financiar ações referentes aos condicionantes e determinantes de saúde, como saneamento e programa de combate à fome. É claro que, em um conceito amplo, pode-se entender que tudo é relevante para a saúde, educação, lazer, comida, casa, trabalho, salário etc., mas, no momento da alocação de recursos orçamentários para cada área, existem leis e normas orçamentárias separando uma coisa da outra. Essas leis determinam “que tipo de recurso ou arrecadação vai financiar o quê”, como é o caso do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (EC 31, Constituição Federal ADCT artigos 79 e 80 – com suas próprias fontes de financiamento). Um outro exemplo são os recursos da Seguridade Social, que só podem ser gastos com previdência, saúde e assistência social. Já o percentual da receita de impostos e transferências constitucionais, que os governos são obrigados a alocar em educação, não pode ser usado em nenhuma outra área, caso contrário estarão descumprindo a lei e sujeitos às penalidades administrativas e cíveis, conforme ocorreu com alguns prefeitos e governadores.

Que todos os comprometidos com o SUS fiquem atentos, pois está em risco sua continuidade. Que nossos governantes e seus assessores busquem se lembrar da história do SUS, de sua legislação e de seus concei-

tos. Para servir como um alerta do que estamos vivenciando, este artigo reconstrói o processo de institucionalização do financiamento do SUS e destaca as tensões existentes com a política econômica dos últimos anos, indicando que podemos estar assistindo ao abandono do conceito de saúde tal como concebido na Constituição Federal e, por consequência, de suas bases de financiamento, o que coloca em pauta qualquer tipo de sistema de pro-

O PERCENTUAL DA RECEITA DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS, QUE OS GOVERNOS SÃO OBRIGADOS A ALOCAR EM EDUCAÇÃO, NÃO PODE SER USADO EM NENHUMA OUTRA ÁREA, CASO CONTRÁRIO ESTARÃO DESCUMPRINDO A LEI

teção social que não aquele inspirado na universalidade.

Este artigo está dividido em duas partes. A primeira resgata os 15 anos de trajetória de institucionalização do SUS – reconhecido como uma política pública de saúde universal, ancorada nos princípios da seguridade social, consolidados na Constituição de 1988. Isto porque a verdadeira dimensão dos (des)caminhos do financiamento do SUS somente é compreendida se for

analisada como parte integrante de um processo que tem início, quase imediatamente, após a promulgação da Constituição cidadã e contra ela. Na segunda parte, de maneira breve, são analisados os principais aspectos que evidenciam os constrangimentos econômicos e o SUS nos anos 2000.

AS TENSÕES NA TRAJETÓRIA DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS

A construção do SUS ao longo de seus 15 anos de existência não foi isenta de embates políticos. Particularmente nos anos de 1990, o financiamento foi um dos temas mais controversos da agenda de implementação da política de saúde no País. A crise do financiamento do SUS revelou-se mediante insuficiência e indefinição de recursos e alteração da sistemática dos repasses realizados pelos governo federal aos municípios, distanciando-se do disposto nas leis infraconstitucionais da área da saúde – a Lei nº 8.080/90 e a Lei nº 8.142/90. Merece menção, ainda, a reduzida participação dos recursos fiscais no financiamento da saúde, em contraposição à destacada participação da fonte de contribuições sociais – mais de dois terços do financiamento total.

Na trajetória do financiamento do SUS ao longo da década de 1990, identifica-se um duplo movimento, resultado da ação permanente e contraditória de dois princípios que se

embricam, embora cada um deles aponte para métodos e objetivos específicos. Um seria o 'princípio da construção da universalidade', que afirma o direito de cidadania às ações e serviços de saúde, viabilizando o acesso de todos através da defesa permanente de recursos financeiros seguros e suficientes. E o outro seria o princípio da 'contenção de gasto', uma reação defensiva que se articula em torno da defesa da racionalidade econômica, ancorada na visão contábil-financeira, na qual a redução das despesas públicas é o elemento-chave, propiciado por uma política fiscal contracionista e pela manutenção de alto superávit primário em todas as esferas da atuação estatal¹. Esse 'princípio' está diretamente relacionado à política econômica desenvolvida pelo governo federal durante todos os anos da década de 1990. Na defesa desse princípio, entre os vários argumentos, destaca-se a de que os direitos introduzidos pela Constituição de 1988 teriam provocado fortes desequilíbrios nas contas do governo, provocando o déficit público. Daí decorre a defesa da redução do gasto em saúde e, por consequência, indaga-se sobre qual

deveria ser a abrangência dos serviços cobertos pelo SUS.

O duplo movimento na história do financiamento do SUS não deve ser entendido como uma seqüência no tempo ou como um movimento pendular. Trata-se de um movimento dialético, pois os dois princípios têm raízes materiais e sociais que convivem permanentemente e contraditoriamente dentro do processo de construção do SUS. A defesa da construção da universalidade das ações e

A DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE
É RESULTADO DE UM LONGO
PROCESSO, INICIADO NO
PERÍODO ANTERIOR À
CONSTITUIÇÃO DE 1988
E NELA CONSOLIDADO

serviços de saúde, que acabam corrigindo a expansão da política econômica ortodoxa, manifesta-se de duas maneiras: na luta pelo rompimento da centralização das ações e recursos em nível federal, por meio do em-

bate pela descentralização/municipalização; no embate contra os ditames da política econômica, defendendo a garantia de recursos financeiros.

O EMBATE PELA
DESCENTRALIZAÇÃO/MUNICIPALIZAÇÃO

A descentralização da saúde é resultado de um longo processo, iniciado no período anterior à Constituição de 1988 e nela consolidado. Nos anos 1990, assumiu lugar de destaque na agenda do SUS, dentre outros motivos porque os diferentes níveis de governo manifestaram interesses diversos. Esses interesses, somados ao fato de inexistir um projeto coordenado de descentralização por parte do governo federal, delimitando as responsabilidades de cada esfera de governo², fez da descentralização um palco de disputa política.

É nesse ambiente em que, ao mesmo tempo, são aperfeiçoados os mecanismos de construção de um sistema de caráter nacional de saúde. Dessa maneira, o SUS tem imposto modificações no papel das esferas de governo, exigindo uma forma particular de relacionamento entre elas, tudo isso na busca da

¹ A idéia do duplo movimento utilizada aqui apóia-se na contribuição de Karl Polanyi, quando procura explicar as origens da 'grande transformação/crise' que destruiu a civilização liberal do século XIX, entre as duas grandes guerras mundiais do século XX e, ainda, sobre as forças de longo prazo que levaram a surgir, depois de 1930 e das guerras, um novo consenso econômico e político favorável à construção dos Estados do Bem Estar Social. Para Polanyi, é possível identificar um duplo movimento na história do capitalismo. São eles: o princípio do liberalismo econômico e o princípio da autoproteção social. Ver Polanyi, 1980.

² Ver Cohn, 2000.

integração, da regionalização e da hierarquização de suas ações e serviços. Mas as tensões entre os níveis de governo são constantes, sobretudo se considerarmos a realidade heterogênea de cada região, estados e municípios, obrigando que o desenho da política de saúde ocorra de forma específica e diferenciada.

Durante os anos 1990, o Ministério da Saúde, em nome da continuidade da descentralização da política de saúde, num país marcadamente heterogêneo, acabou impondo um maior comprometimento das esferas subnacionais no financiamento da saúde e um maior controle sobre os recursos a elas transferidos. Isto porque, mesmo tendo diminuído o peso dos recursos federais no financiamento da saúde, ainda o governo federal é aquele que garante 56,4% do total dos recursos (dados de 2001).

O aumento da participação dos municípios no financiamento (de 17,2%, em 1994; para 21,3%, em 2001) foi decorrente da crescente implantação do processo de descentralização do SUS, particularmente a partir do histórico documento "Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei" que introduz a Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB/93).

Nos anos seguintes, a tendência a maior participação dos municí-

pios no financiamento se mantém. Mas os aspectos quantitativos obscurecem o fato de, nos últimos anos, ter ocorrido um movimento no sentido da centralização.

De fato, a NOB/93 introduziu importantes alterações no processo de descentralização/municipalização e no seu esquema de financiamento. Segundo Carvalho (1999), ela promoveu uma nova relação no processo de descentralização, uma vez que representou "um divisor de

OS ASPECTOS QUANTITATIVOS
OBSCURECEM O FATO DE, NOS
ÚLTIMOS ANOS, TER OCORRIDO
UM MOVIMENTO NO SENTIDO
DA CENTRALIZAÇÃO

águas entre os fluxos e refluxos de movimentos de descentralização frustrados, alguns até irresponsáveis, seguidos geralmente de movimentos recentralizadores e punidores" (CARVALHO, 1999. p. 143). É por meio dela que foram adotadas transferências regulares e automáticas do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, o que

significou uma ruptura em relação à sistemática anterior. Mais do que isso, os municípios habilitados a receberem (dessa forma) esses recursos não tinham obrigação de alocá-los em programas pré-determinados, tendo autonomia de aplicação, segundo suas prioridades.

Contudo, exatamente quando a forma transferências 'fundo a fundo' se firma como alternativa à remuneração por serviços produzidos pelo Ministério da Saúde, os recursos federais, principalmente a partir da NOB/96, ganharam um 'carimbo', classificando sua destinação.

Entre 1997 e 2001, a queda da participação relativa da Remuneração por Serviços Produzidos, os quais foram efetuados pelo Ministério da Saúde aos prestadores de serviços da saúde, de 71,34% para 33,41%, e o conseqüente crescimento das Transferências Fundo a Fundo de 28,66% para 66,59% foram acompanhadas pela expansão, no interior desse último item, da Média e Alta Complexidade (de 28,66% para 40,62%) e da Atenção Básica (de 15,68% para 25,06%). Na Média e Alta Complexidade, a prática de 'carimbos' manifestou-se por meio do crescimento do item 'Outros' (campanhas⁵) e, em 2001, a 'Assistência hospitalar e ambulatorial (MAC)' foi desdobrada em mais dois itens específicos: 'Gestão plena do

⁵ As campanhas, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, compreendem, entre outras, a humanização do pré-natal e dos nascimentos, o combate ao câncer uterino, transplantes e cirurgia de catarata.

sistema municipal alta complexidade' (4,45%) e 'Gestão Plena do sistema municipal média complexidade' (16,83%). Essas novas formas de registro deveram-se à lógica impressa pela NOAS/2001, que atribui destaque à média e alta complexidade, como forma de melhor garantir o processo de regionalização dos serviços de saúde.

Assim, em que pese as intenções da NOB/96, a separação dos recursos para a Alta e Média Complexidade (MAC) daqueles destinados à Atenção Básica, mediante a criação do Piso da Atenção Básica (PAB) – fixo ou variável –, reforçou o papel definidor da política de saúde pela esfera federal. Essa lógica também se aplica à NOAS/2001.

A cada ano aumenta o número de itens 'carimbados' – campanhas –, para os quais se destinam os recursos federais. Em 1997, o DATASUS registrava apenas cinco tipos de 'carimbos', 14 em 1998, 33 em 1999, 43 em 2000 e 77 em 2001. Esse crescimento dos itens de despesa não assume apenas seu aspecto contábil. Trata-se de recursos vinculados a programas específicos, de maneira que, para o município ser merecedor dos recursos, a condição é a sua implementação.

Em síntese, o aumento de importância das Transferências 'fundo a fundo' a partir da NOB/96 não foi

acompanhado pela autonomia dos municípios na determinação da política de saúde. Esses, dependentes dos recursos federais, passaram a ser meros executores da política estabelecida no âmbito federal, na medida em que os recursos financeiros, na sua maioria, são vinculados aos programas de saúde, incentivados pelo Ministério da Saúde, não podendo ser redirecionados para outros fins. Isto torna a descentralização cada vez mais enfraquecida, isto é, esquecida

A FORMA ASSUMIDA PELO
FINANCIAMENTO ACABA REFORÇANDO
A CENTRALIZAÇÃO PELO MINISTÉRIO DA
SAÚDE NA ELABORAÇÃO DA POLÍTICA
LOCAL DA SAÚDE, CRIANDO
CONSTRANGIMENTOS À
AUTONOMIA DO GESTOR

em nome da ar: "garantia de uma aplicação" do gasto em saúde sob as 'rédeas' do controle. Dito de outra maneira, a forma assumida pelo financiamento acaba reforçando a centralização pelo Ministério da Saúde na elaboração da política local da saúde, criando constrangimentos à autonomia do gestor – já exercida quando do período da NOB/93⁴.

O EMBATE PELA GARANTIA DE RECURSOS FINANCEIROS

Desde a instituição do SUS, a insuficiência de recursos, bem como a ineficiência e a ineficácia de sua utilização, têm estado constantemente em debate. Contudo, é fora de dúvida que a primeira restrição assume papel de destaque nesse debate, pois condiciona muitas vezes a eficiência esperada do sistema.

A situação financeira da área da saúde é condicionada por dois determinantes: o tratamento concedido à previdência no interior da seguridade social e a política austera implementada pelo governo federal no campo social, decorrente de sua realidade financeira.

O SUS E A SEGURIDADE SOCIAL

Tendo em vista os novos direitos introduzidos na área previdenciária, a universalização da saúde e a criação da assistência social enquanto política pública, a Constituição de 1988 preocupou-se em ampliar os recursos destinados ao financiamento específico da Seguridade Social. Além das fontes tradicionalmente utilizadas pelo antigo sistema previdenciário, criou a Contribuição sobre o Lucro Líquido e incorporou a receita do FINSOCIAL (hoje COFINS) para seu único uso.

⁴ Para uma análise dos incentivos financeiros federais nos municípios e seu impacto no processo de planejamento local, ver Marques e Mendes, 2003a.

De 1988 a 2003, no entanto, os cuidados estabelecidos pelos constituintes foram sendo minados, não só pela utilização dos recursos em fins alheios à Seguridade Social, como também pela quebra do próprio conceito de Seguridade. Esse conceito, que concebe a proteção como uma totalidade, expressava-se no plano do financiamento, no entendimento de que nenhuma fonte de recurso da Seguridade poderia ser considerada como de uso exclusivo de um de seus ramos, isto é, pela Previdência, pela Saúde ou pela Assistência.

A primeira investida realizou-se em 1989 e 1990, quando recursos do então FINSOCIAL foram utilizados no financiamento dos encargos previdenciários da União, despesa que não integra a Seguridade. A segunda investida ocorreu em 1993, quando o executivo descumpriu a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que determinava o repasse para a Saúde de 15,5% da arrecadação das contribuições de empregados e empregadores, obrigando o Ministério da Saúde a solicitar empréstimo ao Fundo de Amparo do Trabalhador (FAT). A partir desse momento, na prática, essas contribuições passaram a ser de uso exclusivo da Previdência. Essa prática foi 'legalizada' na reforma previdenciária promovida pelo governo Fernando Henrique Cardoso.

Um terceiro momento, talvez o mais importante, ocorreu em 1994,

com a criação do Fundo Social de Emergência (hoje Desvinculação das Receitas da União – DRU), quando foi definido, entre outros aspectos, que 20% da arrecadação das contribuições estariam disponíveis para uso do governo federal.

Ao mesmo tempo, na medida em que se deteriorava a situação financeira da Previdência – o ínfimo desempenho da arrecadação das contribuições refletia o não-crescimento da economia, as elevadas taxas

A RESTRIÇÃO DE RECURSOS
EM QUE SE VIU A ÁREA DA
SAÚDE DURANTE TODOS ESSES
ANOS TEVE REPERCUSSÕES
NO DESEMPENHO DO GASTO
FEDERAL COM SAÚDE

de desemprego e o aumento da precarização do trabalho – ela passou a dispor de parte da receita dos outros recursos da Seguridade Social, o que criava constrangimento crescentes para a área da Saúde.

Na impossibilidade de continuar solicitando empréstimos junto ao FAT⁵, o então ministro Adib Jatene sugeriu a criação da contribuição sobre a movimentação financeira

(CPMF), o que veio a vigorar a partir de 1997. Contudo, a entrada dos recursos da CPMF no financiamento da saúde – que atingiu R\$20,37 bilhões em 2002, representando 12,8% do total da Seguridade Social – foi compensada pela diminuição da presença de outras fontes da Seguridade, indicando, desta vez, não somente o avanço da previdência Social, como também a aplicação da desvinculação de parte dos recursos da Seguridade, mencionada acima.

A restrição de recursos em que se viu a área da Saúde durante todos esses anos teve repercussões no desempenho do gasto federal com saúde. O gasto líquido – excluindo os valores da dívida e inativos e pensionistas – realizado pelo Ministério da Saúde, no período 1995-2002, cresceu apenas 2,1%, indicando um esforço bem modesto do Ministério. Isso resultou menor dispêndio *per capita*, que passou de R\$180,56 em 1995, para R\$164,53 em 2002, tudo a preços de dezembro de 2002.

É interessante destacar que, apesar da retração econômica, com seus reflexos no mercado de trabalho, o conjunto da Seguridade Social não foi deficitário ao longo desses anos. Para se ter uma idéia, caso fosse aplicado o conceito escrito na Constituição de 1988 e fosse desconsiderado o confisco dos 20% DRU, a Seguridade teria encerrado o ano de

⁵ O Ministério da Saúde realizou três empréstimos junto ao FAT.

2002 com um superávit de R\$32,96 bilhões, em valores correntes.

Apesar do resultado expressivo da Seguridade Social, o governo, durante todos esses anos, continuou a confundir a opinião pública. Suas diversas declarações a respeito do déficit da Previdência Social acabaram por facilitar a aprovação de reformas, seja durante o governo FHC, seja durante o período inicial do governo Lula⁶. De maneira geral, portanto, a falta de perspectiva de crescimento da economia brasileira e o aprofundamento do desemprego e da precarização do mercado de trabalho tenderão a dificultar o financiamento da Previdência Social e a tornar cada vez mais tensa a relação dessa área com as demais da Seguridade Social.

A TRAJETÓRIA EM DIREÇÃO À VINCULAÇÃO DE RECURSOS – A EMENDA CONSTITUCIONAL 29

Na época da primeira crise de financiamento da Saúde, quando o Ministério foi obrigado a recorrer ao primeiro empréstimo no FAT, os Deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires elaboraram a Proposta de Emenda Constitucional 169 (PEC-169) que, em resumo, definia para a saúde recursos vinculados. A partir des-

sa PEC, várias outras propostas de vinculação de recursos foram elaboradas e discutidas no âmbito do Congresso Nacional, sendo que, somente após sete anos – em 2000 –, foi conseguida a aprovação de uma emenda constitucional (EC-29)⁷.

Essa emenda inovou ao vincular recursos para o financiamento da saúde, definindo o quanto das receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais dos estados e municípios devem ser des-

NA ÉPOCA DA PRIMEIRA CRISE DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE, QUANDO O MINISTÉRIO FOI OBRIGADO A RECORRER AO PRIMEIRO EMPRÉSTIMO NO FAT, OS DEPUTADOS EDUARDO JORGE E WALDIR PIRES ELABORARAM A PROPOSTA DE EMENDA CONSTITUCIONAL 169

tinados a ela. Entretanto, no tocante às contribuições da Seguridade Social, a EC-29 é omissa, como se não houvesse nenhuma disputa por seus recursos.

Segundo a EC-29, estados e municípios devem alocar, no primeiro ano, pelo menos, 7% dessas receitas,

sendo que o percentual deve crescer anualmente até atingir, para os estados, 12% em 2004 e, para os municípios, 15%. Quanto à União, define, para o primeiro ano, o aporte de pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior é corrigido pela variação do PIB nominal. Em relação à União, a EC-29 não explicita qual seja a origem dos recursos.

Aprovada a emenda, não faltaram contestações. Do ponto de vista da área econômica do governo – Fazenda – a divergência recaiu sobre o ano-base para ser calculada a participação da União no financiamento do SUS. Do ponto de vista dos estados e municípios, a polêmica foi sendo travada em torno dos itens que devam ser considerados no âmbito da saúde. Dessa forma, a lógica desses entes federados era conseguir um subterfúgio pelas avessas para desrespeitar a vinculação, qual seja: a inclusão de tudo na saúde.

A LUTA PELO CUMPRIMENTO DA EC-29

O conflito com a União

A EC-29 não permite dúvidas quanto ao que seja a base de cálculo dos percentuais que os estados e

⁶ Para compreender o sentido da reforma do governo Lula, sob o título “O governo Lula e a contra-reforma previdenciária”, ver Marques e Mendes, 2003.

⁷ Para a caracterização de cada proposta de vinculação/reordenamento de recursos para o financiamento da saúde ver, Marques e Mendes, 1999.

municípios necessitam destinar às ações e serviços de saúde do SUS. Já em relação à União, embora os autores da emenda considerassem sua redação precisa, o texto deu origem à acirrada discussão entre os Ministérios da Saúde e da Fazenda. Na interpretação do primeiro, o ano-base para efeito da aplicação do adicional de 5% seria o de 2000, sendo que o valor apurado para os demais anos é sempre do ano anterior, ou seja, calculado ano a ano. Para o Ministério da Fazenda, contudo, o ano-base seria o de 1999, somente acrescido das variações nominais do PIB ano a ano.

O resultado dessa diferença de interpretação – pela qual a Advocacia Geral da União (AGU) deu ganho de causa para o Ministro Malan – foi de R\$ 1,19 bilhão já para o orçamento de 2001. Essa quantia permitiria, por exemplo, que o Ministério da Saúde dobrasse os recursos do Programa Agentes Comunitários em relação a 2000. Para o Ministério da Fazenda, no entanto, significava mais uma vitória no caminho do superávit primário acordado com o Fundo Monetário Internacional (FMI).

Além do embate sobre a base de cálculo, outro aspecto foi assumindo relevância no debate sobre a aplicação e a regulamentação da EC-29: a necessidade de definir ações e serviços de saúde pública, que será explorado mais adiante.

O conflito com os estados e municípios

No caso dos estados, considerando que sua maioria vinha destinando, até 2000, 6% de suas receitas de impostos e transferências constitucionais para a saúde, de fato a EC-29 contribuiu para ampliar sua participação. Contudo, nos anos que se seguiram à promulgação da emenda, o seu cumprimento por parte dos estados tem sido difícil.

De acordo com o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públi-

EM RELAÇÃO À UNIÃO, EMBORA OS AUTORES DA EMENDA CONSIDERASSEM SUA REDAÇÃO PRECISA, O TEXTO DEU ORIGEM À ACIRRADA DISCUSSÃO ENTRE OS MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DA FAZENDA

cos em Saúde (SIOPS), do Ministério da Saúde, em 2001, 17 dos 27 estados deixaram de aplicar, juntos, mais de R\$ 1 bilhão em ações e serviços de saúde, descumprindo a EC-29⁸. O valor, em título de comparação, seria suficiente para sustentar todas as atividades de saúde executadas pelo município de São Paulo durante o ano de 2001. Nesse ano, os estados que tiveram os pio-

res desempenhos em termos do percentual da receita própria aplicada em saúde (EC-29) foram: Rio de Janeiro (6,14%), Paraná (3,70%), Maranhão (1,76%) e Minas Gerais (6,75%) (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003).

Nas regiões Sul e Centro-Oeste do país, nenhum estado cumpriu a emenda no ano de 2001, isto é, aplicando 8%, conforme observa a regra de evolução progressiva de aplicação dos percentuais mínimos – 7% em 2000 e 8% em 2001. No Sudeste, somente São Paulo (8,94%) e Espírito Santo (9,39%) o fizeram. No Nordeste, os que cumpriram foram Paraíba (10,42%) e Pernambuco (10,94%). No Norte, que teve o melhor desempenho, só o estado do Amapá deixou de aplicar o devido em saúde.

Para a obtenção desses resultados, porém, alguns estados incluíram, como se fossem gastos em saúde, as despesas com inativos, empresas de saneamento, habitação urbana, recursos hídricos, merenda escolar, alimentação de presos, hospitais de ‘clientela fechada’ (como hospitais de servidores estaduais). E tudo isso implica a existência de parâmetros claros e acordados entre o Ministério da Saúde, os estados e seus tribunais de contas para o que seria incluído como despesas de ações e serviços de saúde. Mediante ‘artifícios’, os estados desconheciam esses parâmetros e

⁸ Ver Folha de São Paulo, “Estados retêm R\$1 bilhão da saúde”, 11/03/2003.

incluiram gastos alheios à saúde para atingirem sua meta.

Já nos municípios, as informações existentes no SIOPS indicam que o cumprimento da EC-29 é uma realidade desde 1998. Nesse ano, para 1.500 municípios, o percentual destinado à saúde foi de 15% das receitas de impostos e transferências constitucionais. Em 2003, esse percentual atingiu 16,0%, sendo que os municípios do estado do Amapá – os últimos colocados – apresentaram uma aplicação de 12,2% e os do estado do Mato Grosso – os primeiros – registraram 18,1%. Isso demonstra que para os municípios, a vinculação de recursos não chegou a alterar o quadro do financiamento da saúde.

Também nos municípios, verifica-se a ocorrência da inclusão do gasto com inativos como despesa com saúde. Surpreendentemente, mesmo em gestões progressistas, houve um embate entre a área da saúde e o das finanças. Os secretários de Finanças também defenderam, interpretando indevidamente a emenda, que o percentual de 15% definido como o mínimo seria exatamente o percentual que eles aplicariam, mesmo que as necessidades exigissem gastos maiores. Tal como no plano macroeconômico, a descentralização da saúde subordina-se à lógica do 'econômico-contábil', onde os secretários de finanças entendem que é a receita que condiciona a despesa. Para Prado (2001), esse pensamento expressa a visão dos

economistas clássicos, defensores dos arautos da política ortodoxa. Dito de outra maneira, o respeito à LRF passa a ser o aspecto fundamental no âmbito da gestão, alargar receitas para conter as despesas – naquilo que é por vezes chamado de 'Lei de Say fiscal'.

A construção de um consenso

Para agilizar a aplicação da EC-29, o Conselho Nacional de Saúde, em conjunto com outras entidades,

NOS MUNICÍPIOS,
AS INFORMAÇÕES EXISTENTES
NO SIOPS INDICAM QUE O
CUMPRIMENTO DA EC-29
É UMA REALIDADE DESDE 1998

elaborou o documento intitulado "Parâmetros consensuais sobre a implementação e regulamentação da EC-29". A partir daí, o Ministério da Saúde promoveu, entre setembro de 2001 e setembro de 2002, três seminários com os tribunais de contas da União, a comissão de Seguridade Social da Câmara e do Senado, o CONASS e o CONASEMS. Esses seminários tinham a finalidade de buscar uma interpretação homogênea e assegurar os objetivos que mo-

tivaram a aprovação da emenda. Esperava-se que o resultado dessa parceria, por meio de troca de conhecimentos técnico e político, contribuiria para a elaboração de normas adequadas ao cumprimento da EC-29, facilitando a construção de seu projeto de regulamentação mediante Lei complementar.

Os temas abrangidos nesses seminários foram:

- definição conceitual e abrangência de despesas com saúde, estabelecidas de forma bem geral na emenda como 'ações e serviços públicos em saúde';
- definição dos mecanismos de transferência e de aplicação dos recursos da esfera federal;
- definição das formas de suspensão de repasse de recursos e intervenção da União nos estados e destes nos municípios;
- formas de acompanhamento, fiscalização e controle do cumprimento das disposições da EC-29;
- definição de critérios de redução de disparidades regionais; dentre outros.

Cabe lembrar que, embora o detalhamento desses temas seja matéria da Lei Complementar que regulamentará a Emenda Constitucional 29 em 2004, já existe um consenso entre o Ministério da Saúde e os Tribunais de Contas do país para efeito de fiscalização do cumprimento da emenda. Esse consenso, de for-

ma legal, se apoiou no documento “Parâmetros consensuais sobre a implementação e regulamentação da EC-29” e em um segundo documento, explicitado pela Portaria do Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro de nº 2.047, de 5 de novembro de 2002.

A DISCUSSÃO DA REGULAMENTAÇÃO DA EC-29

Quanto à indefinição do conceito de ações e serviços públicos de saúde, todos os segmentos envolvidos sabiam que, se isso não estivesse acordado e regulamentado, a aplicação da EC-29 estaria comprometida. Depois de um intenso debate, foi aprovada, pelo Conselho Nacional de Saúde, a resolução nº 316, de 4 de abril de 2002, substituída depois pela resolução nº 322, de 8 de maio de 2003, que foi homologada pelo Ministro da Saúde. Esta última Resolução, então, ao dispor sobre dez diretrizes a respeito dos temas abordados no âmbito dos Seminários, constituiu-se no grande instrumento-chave do consenso entre as entidades ligadas à saúde e na peça principal de orientação para o projeto de regulamentação da EC-29.

Para finalizar os encaminhamentos pró-regulamentação da EC-29, durante o ano de 2003, foram rea-

lizados, em Brasília, mais dois seminários, promovidos pela Câmara Técnica do SIOPS e pela Comissão para Elaboração de Proposta de Lei Complementar (PLC) do Ministério da Saúde, onde foi intensa a discussão das entidades presentes⁹.

Muitas foram as sugestões encaminhadas para serem incorporadas à minuta final do Projeto de Lei Complementar (PLC), o que faz do documento síntese uma carta de intenção pra garantir as conquistas

QUANTO À INDEFINIÇÃO DO CONCEITO DE AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE, TODOS OS SEGMENTOS ENVOLVIDOS SABIAM QUE, SE ISSO NÃO ESTIVESSE ACORDADO E REGULAMENTADO, A APLICAÇÃO DA EC-29 ESTARIA COMPROMETIDA

da EC-29. Mesmo assim, ao que tudo indica, por melhores que tenham sido os resultados propiciados pela aprovação da Emenda Constitucional 29, muito resta a fazer, principalmente quanto à definição do que seja gasto com saúde e à participação das contribuições sociais no financiamento.

Demonstramos a seguir, de maneira sintética, o conteúdo dos artigos do Projeto de Lei Complementar (principais itens de discussão no âmbito da Câmara Técnica):

- Aplicação dos recursos da União – foi adotado como diretriz básica de negociação do PLC todas as propostas de redação do artigo que trata da aplicação dos recursos da União, desde as propostas que mantêm a definição de aplicação atual até aquelas que tentam vincular os impostos e contribuições sociais da União, o total das receitas correntes da União e até mesmo a vinculação sobre o Orçamento da Seguridade Social;

- Periodicidade na sistemática de transferências de recursos – ficaram estabelecidas duas formas de periodicidade dos recursos transferidos aos Fundos de Saúde: 1) os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados aos estados, Distrito Federal e municípios serão transferidos diretamente e de forma regular e automática com periodicidade decenal (os recursos de custeio podem seguir essa periodicidade, porém os relativos a investimento devem seguir outra periodização – a ser definida); 2) os recursos dos tesouros federal, estadual e municipal serão repassados para ações e

⁹ CONASEMS; Procuradoria Geral da República; Banco do Brasil; representante da Associação dos Membros dos Tribunais de Contas; Conselho Federal de Contabilidade; assessoria do Deputado Roberto Gouveia; assessoria do Deputado Guilherme Menezes – PT/Bahia; IBGE/Departamento de Contas Nacionais; técnicos do SIOPS; Secretaria Gestão Participativa/MS; STN; técnicos do Departamento de Economia da Saúde/MS; assessoria da bancada do PT na Câmara Federal.

serviços públicos de saúde com a periodicidade preferencialmente decenal, assim como ocorre com os recursos do FPE, FPM e outros vinculados constitucionalmente à manutenção e desenvolvimento do ensino.

- Da distribuição dos recursos da União para estados e municípios e dos estados para municípios – entre as diversas entidades presentes, o conceito de equidade não está claro na legislação brasileira e, particularmente, na da saúde. Os critérios vigentes no artigo 35 da Lei n. 8.080/90 mostraram-se de difícil aplicação ao longo da década de 1990. Dessa forma, os dois artigos do projeto de Lei Complementar da EC-29 devem apoiar-se num conjunto de necessidades desiguais dos estados e dos municípios. Para tanto, sugeriu-se que a distribuição de recursos ocorra segundo critérios de: perfil demográfico; perfil socioeconômico; perfil epidemiológico. Ainda, sugere-se acerca da importância em relacionar os critérios de necessidades acima como os de oferta de serviços e, portanto, será necessário diferenciar as formas de distribuição de recursos, custeio e investimento;

- Avaliação da aplicação dos Recursos da EC-29 – os gestores deverão apresentar ao Conselho Nacional de Saúde e aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde a prestação de contas – recursos aplicados e ações realizadas –, a cada qua-

tro meses, a partir da audiência pública nas câmaras de vereadores, nas respectivas assembleias legislativas e no Congresso Nacional, a ser realizada até trinta dias após o encerramento de cada bimestre;

- Despesas a serem consideradas como ações e serviços públicos de saúde – após muita discussão, resolveu-se acatar o conteúdo da Resolução n° 322 do Conselho Nacional de Saúde, homologada pelo Ministro da Saúde em 8 de maio de

OS DOIS ARTIGOS DO PROJETO
DE LEI COMPLEMENTAR DA
EC-29 DEVEM APOIAR-SE
NUM CONJUNTO DE NECESSIDADES
DESIGUAIS DOS ESTADOS
E DOS MUNICÍPIOS

2003. Optou-se, porém, por reorganizar a redação dos artigos do PLC de forma a melhor ordenar as ações e serviços públicos ‘típicos’ de saúde. Além dos gastos relacionados às atividades fim, foi dada ênfase à incorporação das ações administrativas voltadas a viabilizar a gestão do SUS em nível de cada esfera de governo;

- Fiscalização, Avaliação e Controle dos Recursos do Fundo de Saúde – tanto o representante dos Tri-

bunais de Contas como o do Banco do Brasil encaminharam minutas de projetos de Lei organizados por capítulos, visando clarificar os instrumentos de controle e avaliação dos recursos aplicados. Particularmente, dentre as diversas sugestões dos PLC encaminhados, o Banco do Brasil incluiu a necessidade da abertura de uma conta bancária específica referente aos recursos provenientes dos impostos e das transferências constitucionais – SMS-FMS/Tesouro, semelhante ao tratamento dado ao FUNDEF na educação. Essa conta bancária facilitaria a automaticidade dos repasses das transferências constitucionais da União e dos estados aos fundos municipais de saúde, conforme percentual definido pelo município (no mínimo 15%) e estabelecido no convênio com o Banco do Brasil. A periodicidade desses repasses seria decenal. Cerca de 1.427 municípios já assinaram convênio com o Banco do Brasil, o que significa disporem de repasse automático das transferências, mesmo antes da regulamentação da EC-29.

- Valorização do Planejamento como mecanismo central da Estrutura de Gasto do SUS – foi sugerida uma série de artigos ao PLC, produzido pelo grupo coordenado pela Secretaria de Gestão Participativa do MS, que diz respeito ao estabelecimento de parâmetros para os gastos do SUS, valorizando o processo de planejamento. A idéia geral pode ser descrita pela proposta do artigo

6º do PLC: “os cronogramas de desembolso referidos no *caput* desse artigo devem ser vinculados aos planos, metas, custos e prioridades definidas a cada município, estado e DF, em função dos Planos Diretores Regionais, Planos Diretores de Investimentos e a Programação Pactuada Integrada”.

Essas são, em linhas gerais, a trajetória do financiamento da saúde nos anos pós-Constituição. A persistência da lógica da ‘disputa’ entre os ramos da Seguridade Social e as políticas econômicas implementadas não permitiram que o financiamento do conjunto das áreas da Seguridade Social e a implantação da EC/29 fossem tratados com o devido cuidado exigido pela situação, sobretudo por ser tratar de importantes instrumentos de promoção de redistribuição social da renda.

OS CONSTRANGIMENTOS ECONÔMICOS E O SUS NOS ANOS 2000

O prolongamento da crise instalada há duas décadas, sem perspectiva de crescimento continuado da economia brasileira, a permanência de altas taxas de desemprego e a precarização do mercado de trabalho vêm impedindo que a construção da universalidade do SUS caminhe sem obstáculos.

Mas apesar de todas as investidas dos defensores do ‘princípio da contenção do gasto’ – ancorado no liberalismo –, as estruturas e insti-

tuições criadas pelo SUS resistem. Dentre elas, destacam-se as estruturas institucionais para coordenar as ações dos três gestores do sistema e a municipalização da atenção básica, onde os governos locais tornaram-se essenciais na provisão de serviços de saúde.

Essa situação, contraditoriamente, aparece como se a área da saúde estivesse permanentemente em crise, quando na verdade todas suas manifestações apenas refletem

APESAR DE TODAS AS INVESTIDAS
DOS DEFENSORES DO ‘PRINCÍPIO DA
CONTENÇÃO DO GASTO’ — ANCORADO
NO LIBERALISMO —, AS ESTRUTURAS
E INSTITUIÇÕES CRIADAS
PELO SUS RESISTEM

os conflitos de interesse em jogo e o grau de resistência que tem o movimento pela universalização da saúde pública.

A Saúde e a proposta de Reforma Tributária do governo Lula

A proposta de reforma tributária do governo Lula, por melhores que tenham sido as intenções de seus proponentes, apenas sancionou o comprometimento atual dos municípios e do governo federal, tendo

aberto mão de repensar as condições de sustentação do conjunto da seguridade social, em especial da saúde. Contudo, nos avanços das negociações para a aprovação da reforma, apareceu a possibilidade de mecanismos semelhantes à DRU serem aplicados aos estados e municípios, o que, segundo estimativa realizada pela Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho Nacional de Saúde, significaria uma redução de recursos de R\$3 bilhões em nível dos estados e de R\$2,5 bilhões em nível dos municípios, caso a desvinculação de 20% fosse aplicada à arrecadação prevista para este ano de 2003. Contudo, em uma reação defensiva daqueles que lutam por proteger o caminho de construção da universalidade da saúde, conseguiu-se obter do governo Lula, após intensas mobilizações, o compromisso de retirada dessa proposta no âmbito do projeto do executivo. As entidades vinculadas à saúde – CONASS, CONASEMS, CNS, Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), Comissão da Seguridade Social da Câmara – formaram um bloco de auto-proteção do princípio da universalidade assegurando a defesa pela garantia de recursos.

O financiamento da saúde pública no Brasil está longe de ser uma questão resolvida no âmbito da proposta de reforma tributária apresentada pelo governo Lula. Isso porque

no momento em que a austeridade fiscal é alçada à prioritária pelo governo – na verdade continuando a política anteriormente executada – isso se choca diretamente com o interesse daqueles que pretendem assegurar a implementação do SUS como uma política universal. Dito de outra maneira, o SUS universal encontra-se na contramão dos ditames do FMI, que exige corte nos gastos e superávit primário elevado. Essa atitude é emblematicamente registrada na defesa intransigente do governo Lula em manter a CPMF (mas sem dividir os recursos com os outros níveis de governo, é claro) e a DRU.

A discussão da reforma do Estado, envolvendo propostas de alterações substantivas das áreas previdenciária e tributária, coloca a possibilidade do próprio sistema de saúde vir a ser alterado nos seus fundamentos. Isto ocorreria na medida em que não contemplam atenção especial às principais fontes de financiamento do sistema de saúde e que a escassez relativa de recursos passar a ser usada como argumento para sustentar somente a manutenção dos cuidados com a saúde da parcela mais carente da população.

O DESCUMPRIMENTO DA PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA 2004 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Nos meses de agosto e setembro deste ano, a Comissão de Orçamento

e Finanças (COFIN) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) trabalhou arduamente para defender o financiamento do SUS. Além de seu trabalho rotineiro – análise da execução orçamentária do Ministério da Saúde –, a COFIN realizou um trabalho intenso. O veto presidencial ao parágrafo 2 do artigo 59 da LDO/2004, realizado em 31 de julho, passou a permitir que fossem consideradas como ações e serviços públicos de saúde as despesas realizadas com Encargos Pre-

A DISCUSSÃO DA REFORMA DO ESTADO, ENVOLVENDO PROPOSTAS DE ALTERAÇÕES SUBSTANTIVAS DAS ÁREAS PREVIDENCIÁRIA E TRIBUTÁRIA, COLOCA A POSSIBILIDADE DO PRÓPRIO SISTEMA DE SAÚDE VIR A SER ALTERADO NOS SEUS FUNDAMENTOS

videnciários da União (EPU) e com o serviço da dívida, bem como a dotação dos recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. A reação contrária do CNS e da Frente Parlamentar da Saúde resultou na mensagem do Poder Executivo ao Congresso Nacional, criando o parágrafo 3 para o artigo 59, onde, para efeito das ações em saúde, são deduzidos o EPU e o serviço da dívida. Contudo, nenhuma menção foi feita ao Fundo da Pobreza.

No momento em que os R\$3.571 milhões referentes ao Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (Fonte 179) são considerados como ações de saúde, não só a Saúde deixa de contar com esse montante de recursos como é desrespeitado o processo de construção da definição do que sejam ações típicas de saúde, iniciado por meio dos cinco seminários realizados (de 2001 a 2003) entre os Tribunais de Contas, o Conselho Nacional de Saúde, o CONASEMS, o CONASS, o Ministério da Saúde e outras entidades vinculadas ao SUS. A inclusão da alimentação e nutrição e saneamento básico, atividades previstas para serem financiadas com o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, contrariam o §2 do artigo 198 da Constituição, os artigos 5 e 6 da Lei nº 8.080/90 e a Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde, homologada pelo Ministério da Saúde em 8 de maio de 2003.

Além disso, mesmo se fossem considerados os recursos do Fundo de Combate à Pobreza, o orçamento do MS previsto para 2004 não cumpre com o disposto na EC-29: no lugar de R\$32.930 milhões (orçamento de 2003 mais a variação nominal do PIB 2003/2002 de 19,24%, segundo as projeções do IBGE), foi encaminhada uma proposta de R\$32.481 milhões, ou seja, menor em R\$449 milhões.

Dessa forma, somando-se esses R\$449 milhões aos R\$3.571 milhões do Fundo de Pobreza, o SUS, em ní-

vel do Ministério da Saúde, está sendo desfinanciado em R\$4.020 milhões. Em termos comparativos, é como se o orçamento deste ano fosse cortado em 14,8%, lembrando que a inflação atingiu 15,07% entre agosto de 2002 e agosto de 2003. É importante atentar para o fato de que, além dos efeitos negativos dessa redução ao orçamento do MS e, conseqüentemente, ao financiamento do SUS, o descumprimento da EC-29 pela União abre precedente para que estados atuem da mesma forma, isto é: considerar como despesas em saúde outros itens que não se referem a 'ações típicas de saúde'¹⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo demonstra que os caminhos do financiamento da saúde pública no país têm sido tortuosos, e que se pode denominá-los de '(des)caminhos'. Isto porque, ao mesmo tempo em que se implanta o SUS, ancorado no 'princípio da construção da universalidade', agravam-se as crises fiscal e financeira do Estado, limitando o aporte de recursos para a saúde.

De um lado, a presença esmagadora da dívida interna e externa (esta última carregando sistematicamente recursos para fora do país)

impedindo a realização de políticas governamentais ativas, impede que se volte a crescer, redistribuindo renda e promovendo o emprego. Por outro lado, a necessidade das taxas de juros serem mantidas relativamente altas para garantir o afluxo de capital ao país deprime o investimento e aprofunda o déficit público, por maior que seja o superávit primário obtido mediante o corte de gastos sociais, em geral, e da saúde em particular. Nessa perspecti-

AO MESMO TEMPO EM QUE SE
IMPLANTA O SUS, ANCORADO NO
'PRINCÍPIO DA CONSTRUÇÃO DA
UNIVERSALIDADE', AGRAVAM-SE
AS CRISES FISCAL E FINANCEIRA
DO ESTADO, LIMITANDO O APORTE
DE RECURSOS PARA A SAÚDE

va, espera-se que as taxas de desemprego mantenham-se altas e que o encolhimento do emprego formal – característica dos anos de 1990, após a entrada do Real – aprofunde-se nos primeiros anos de 2000.

Nessa dimensão, a discussão da reforma do Estado, envolvendo pro-

postas de alterações substantivas das reformas previdenciária e tributária, coloca a possibilidade do próprio sistema de saúde vir a ser modificado. Na medida em que forem extintas as atuais fontes de financiamento do sistema e a escassez relativa de recursos determinar apenas a manutenção dos cuidados com a saúde da parcela mais carente da população, propostas de adoção de modelos alternativos de gestão da saúde certamente ganharão corpo e importância no debate que está por vir. Isto pode permitir que se coloque qualquer tipo de sistema de proteção social que não se inspire sob o princípio da universalidade.

O fato da EC-29 não estar sendo cumprida, seja em nível da União como dos estados, pode resultar no aprofundamento do processo de (des)financiamento da área da saúde. Mesmo para o primeiro orçamento definido pela governo Lula, a inclusão do Fundo de Erradicação da Pobreza como atividade do Ministério da Saúde, indica que o governo Federal não tem muita disposição em aumentar sua participação no gasto com saúde e tampouco em definir fontes exclusivas para seus custos. Espera-se que sua regulamentação, ancorada nas definições da Resolução CNS nº 322, possa estabele-

¹⁰ Ao final de setembro de 2003, a governadora do estado do Rio de Janeiro, Rosinha Garotinho, propôs ao Supremo Tribunal Federal uma Ação Direta de Inconstitucionalidade, com pedido de medida cautelar, em razão da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322, de 8 de maio de 2003, especialmente para sua invalidação e suspensão imediata dos seus efeitos. Dito de forma direta, a governadora questiona, particularmente, a diretriz da Resolução que define as despesas a serem consideradas como ações e serviços públicos de saúde. Os motivos, todos sabem, são para incluir gastos na saúde que na Resolução são vedados.

cer as bases legais necessárias para que a União e também os Estados cumpram o disposto na EC-29.

Mas a continuidade da institucionalização do SUS universal exige a redefinição da posição econômica e política assumida pelo governo atual, o que implicará o abandono das 'estratégias' ortodoxas adotadas pelo governo democrático e popular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARVALHO, G. Saúde: Avanços e Entraves ao Processo de Descentralização. In: CEPAM. *O município no século XXI: cenários e perspectivas*. São Paulo, 1999.

COHN, Amélia. "Saúde para Todos". In: RATTNER, Henrique (Org.). *Brasil no limiar do Século XXI: Alternativas para a construção de uma sociedade sustentável*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2000.

MARQUES, ROSA; MENDES, Áquilas N. Financiamento: a doença crônica da saúde Pública Brasileira. In: UGÁ, Maria Alícia *et al.* (Org.). *Anais do V Encontro Nacional de Economia da Saúde*. Salvador: ABRES, 1999. p. 213-237.

_____. O governo Lula e a contra-reforma previdenciária. Artigo preparado para o VIII Encontro Nacional da ABET (Universidade de São Paulo, 13 a 16 de outubro de 2003), para o III Colóquio de Economistas Políticos da América Latina (Buenos

Aires, 16 a 18 de outubro de 2003 e para a revista Proteo (Roma).

_____. O Papel e as conseqüências dos incentivos como estratégia de financiamento das ações de saúde. In: Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 4. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS)/SAS/Ministério da Saúde, 2003 a.

POLANYI, K. *A grande transformação: as origens da nossa época*. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

PRADO, S. *Transferências Fiscais e Financiamento Municipal no Brasil*. Trabalho elaborado para o Seminário: Descentralização Fiscal e Cooperação Financeira Intergovernamental, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). São Paulo: julho de 2001.

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. p. 403 – 415.

O SUS que temos e a informação como estratégia de (in)visibilidade

The SUS we have and information as strategy of (in)visibility

Fábio Lúcio Tavares¹Mariana Rabello Laignier²Marta Zorzal da Silva³Raphaella Fagundes Daros⁴Rita de Cássia Duarte Lima⁵

¹ Enfermeiro, mestrando em Atenção à Saúde Coletiva na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Rua Antônio Araújo Lyra, 530/705
CEP 29090-230 – Vitória – ES
e-mail: falutavares@terra.com.br

² Enfermeira, mestranda em Atenção à Saúde Coletiva na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Avenida Rio Branco, 1.400/801
CEP 29055-642 – Vitória – ES
e-mail: marianarl2000@hotmail.com

³ Cientista política, doutora em Ciência Política pela FFLCH da Universidade de São Paulo (USP), docente do Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Alameda Hélio Ferraz, 25/201
CEP 29055-090 – Vitória – ES
e-mail: marzorzal@uol.com.br

⁴ Psicóloga, mestranda em Atenção à Saúde Coletiva na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Rua Alice Bumachar Neffa, 343/403
CEP 29090-290 – Vitória – ES
e-mail: raphadaros@terra.com.br

⁵ Enfermeira, doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), docente do Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Rua Artur Czartorzys, 315/202
CEP 29060-370 – Vitória – ES
e-mail: ritacd@escelsa.com.br

RESUMO

Com o objetivo de desvelar o nível de entendimento da população sobre o que é o Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvemos este trabalho, utilizando como estratégia metodológica a estimativa rápida, por meio de entrevista aleatória. Foi feita a abordagem direta das pessoas nas ruas na tentativa de apreender o nível de informação da população em relação ao conceito de saúde e ao funcionamento do SUS. Foi possível observar elementos que se repetiam e, assim, denunciavam a concepção predominante da saúde, a qual parecia referenciar o entendimento acerca do modelo de saúde pública vigente: o SUS como oferta de serviços para a população carente.

DESCRITORES: SUS; Saúde Pública; Serviços de Informação.

ABSTRACT

With the objective of knowing the level of comprehension by the population of the Brazilian Unified Health System (SUS), this work was developed, using as its methodological strategy the fast estimate, by means of random interviews. People were asked directly on the streets with the intention of finding out their information about the concept of health and how SUS operates. The work done was able to illustrate the pertinence of the proposed discussion, the issue of information levels. The results pointed to answers that disclose different levels of information by these people on this subject. It was possible to observe recurrent elements and that therefore denounced the predominant conception of health, which seemed to bring forward the understanding of public health today: the SUS as a service provided for the less fortunate.

DESCRIPTORS: SUS; Health Public; Information Services.

INTRODUÇÃO

A impressão que se tem quando se fala do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre os temas da saúde para o cidadão comum e o grande público em geral é que há um grande desconhecimento do que é de fato esse sistema de serviços. Mais que isso, tem-se a idéia de que, em geral, essas pessoas associam ao tema a noção de serviços prestados com qualidade precária para a população carente, além de toda uma carga de negatividade embutida na imagem acumulada pelos serviços públicos junto aos cidadãos, que se explicita como a face mais perversa de um complicado processo de desgaste da legitimidade do Estado, sobretudo nas últimas décadas do século passado, cujos desdobramentos estão longe de se poder avaliar.

Tendo em vista esse contexto do senso comum e considerando a forma como a mídia em geral conduz o debate sobre as questões da saúde no Brasil, ao lado de reflexões suscitadas durante a elaboração de um seminário realizado para a disciplina Estado e Políticas de Saúde no Brasil, do Programa de Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, fomos motivados a investigar se as impressões e percepções que compartilhávamos faziam sentido. Nossa intenção é tecer algumas considerações sobre o SUS, assim como verificar se os compromissos

e os desafios que são apresentados no processo de construção dessa política pública estão, especialmente quanto ao conhecimento das pessoas, rompendo com a perspectiva de exclusão da clientela, tomando como princípio norteador da produção de marcos construtores da cidadania.

Para tanto, tomamos por base a análise dos significados que a população tem atribuído do que seja o SUS, procurando investigar na fala das pessoas a percepção que elas

NOSSA INTENÇÃO É VERIFICAR SE OS
COMPROMISSOS E OS DESAFIOS QUE SÃO
APRESENTADOS NO PROCESSO DE
CONSTRUÇÃO DESSA POLÍTICA PÚBLICA
ESTÃO ROMPENDO COM A PERSPECTIVA
DE EXCLUSÃO DA CLIENTELA

têm sobre os temas da saúde e sua vinculação com o referido sistema.

A compreensão da singularidade da constituição do Estado brasileiro e sua estreita ligação com a forma peculiar com que foi sendo construída nossa cidadania é um elemento indispensável às análises que se fazem necessárias em torno da temática aqui proposta. Desse ponto de vista, o conceito de cidadania regulada (SANTOS, 1987; CARVALHO, 2003), além de lançar luz ao

entendimento das questões relativas à acessibilidade a conhecimentos e informações como produto da condição de trabalho e da cidadania, funcionou como uma verdadeira lupa, fornecendo-nos uma extensão produtiva e problematizadora do nosso olhar sobre a realidade social brasileira.

Importa destacar que as especificidades do processo de incorporação social e política, de um lado, e as condições da construção da esfera pública, no Brasil, por outro, impõem sérios condicionantes aos modos de ser e de pensar do brasileiro, e dessa forma impõem restrições e dificuldades a maior participação dos cidadãos no processo de formulação e implementação das políticas públicas, em geral, e em particular as da área de saúde.

Sob essa ótica, a literatura desta área pontua a forma como se manifestou a crise do sistema de saúde brasileiro e as características do movimento sanitário que se iniciou, especialmente a partir de meados dos anos 1970, bem como a forma como o debate foi conduzido no âmbito da liberalização do regime político autoritário e da transição democrática que então presidia a cena política. Com esse contexto em mente é possível compreender os contornos dos debates entre os atores sociais envolvidos no processo no sentido de levantar questionamentos acerca da concepção hegemônica de saúde e de suas práticas

assistencialistas, apontando propostas de transformação na direção da democratização e descentralização, que constituiriam, a seguir, o escopo da Reforma Sanitária (MENDES, 1996; ESCOREL, 1999).

Um dos maiores desafios à gestão democrática das instituições públicas, no sentido de garantir maior equidade de suas ações, passa pela dinâmica que articula e processa a informação e o conhecimento nas diversas instâncias de sua produção e sua forma de socialização com os mais diversos atores e segmentos da sociedade. Implica, portanto, em reconhecer o papel-chave da informação no processo de democratização do Estado, do mercado e da sociedade civil como evidência do esforço de ampliar as bases potenciais de exercício da política e da cidadania.

Considerando as múltiplas faces dos processos de exclusão social, característicos das sociedades capitalistas, atualmente radicalizadas e transformadas pela difusão das novas tecnologias de informação (EGLER, 2001), a intenção que moveu o esforço de pesquisa realizado foi obter uma primeira aproximação aleatória sobre o conhecimento/informação que as pessoas possuem sobre o SUS. Com isso, se deseja contribuir para o esclarecimento das questões que ainda não haviam sido colocadas e avançar em direção à resposta a questão que, apesar de não-dita, paira no ar: "O que é o SUS afinal?"

Com esse objetivo, utilizamos como estratégia metodológica a estimativa rápida, por meio de entrevista aleatória, fazendo a abordagem direta dos cidadãos nas ruas, na tentativa de apreender o nível de informação da população em relação ao conceito de saúde e ao funcionamento do SUS. Dessa maneira, entrevistamos algumas pessoas que se disponibilizaram a participar de nossa enquête. Após explicar o objetivo de nossa pesquisa, pedimos que as pes-

NÃO SE PRETENDEU FAZER GENERALIZAÇÕES
ACERCA DO ASSUNTO, MAS SUSCITAR
UM DEBATE QUE NOS AJUDASSE A
PROBLEMATIZAR A DISCUSSÃO PROPOSTA,
OU SEJA, O SUS E OS LIMITES DA
ACESSIBILIDADE À INFORMAÇÃO POR
PARTE DA POPULAÇÃO

soas, de início, respondessem a duas perguntas básicas: "O que é saúde para você? e Você sabe o que é SUS?"

Foram realizadas 16 entrevistas, com pessoas escolhidas aleatoriamente dentre as que circulavam pelas ruas ou trabalhavam em estabelecimentos comerciais em um bairro de classe média alta do município de Vitória (ES). Não se pretendeu fazer generalizações acerca do assunto, mas suscitar um debate que nos ajudasse a problemati-

zar a discussão proposta, ou seja, o SUS e os limites da acessibilidade à informação por parte da população.

SUS: A (DES)INFORMAÇÃO COMO DESAFIO

Tomando como referência a noção de que participar significa "[...] fazer saber, informar, anunciar, comunicar [...]" (GARCIA, 1986. p. 1.433), ressaltamos a pertinência e relevância de se identificar que informações compõem o imaginário das pessoas acerca do que é saúde e o que é o SUS. Isso, à medida que a possibilidade de participação e o decorrente exercício da cidadania encontram-se diretamente atrelados às condições de acessibilidade à informação, hoje um grande desafio para o SUS.

É relevante observar que a informação tratada aqui não se refere a um conjunto de componentes que atuam integrada e articuladamente como os bancos de dados para a informação do sistema, mas àquela que é usada na perspectiva de um processo de comunicação interativo, que permita à população conhecer e entender o SUS (sua concepção, estrutura, organização, serviços disponíveis, limites, avanços etc.). Processo este que permite o exercício de seu direito constitucional de participação, tanto no que diz respeito à quantidade de informação acumulada quanto à qualidade dessa informação.

Sabe-se que, desde a Constituição Federal de 1988, a saúde passa

a ser concebida não apenas como 'assistência médica', mas como o resultado da ação do Estado na formulação e implementação das políticas públicas na área social e econômica de forma a "[...] assegurar o desenvolvimento sustentável e a distribuição de renda; cabendo, especificamente ao SUS a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade de forma equitativa" (BRASIL, 2003, p. 2).

O dever do Estado e o direito à saúde, como pressuposto da cidadania, emergem a partir da década de 1970, no bojo do regime militar autoritário, são consagrados na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na Constituição Federal de 1988. Dessa forma, pela primeira vez, o tema da saúde é explicitado em seus princípios e diretrizes legais – que vão constituir o SUS –, nos seguintes termos:

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

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.
(BRASIL, 1988).

Como se depreende do inciso III, a Constituição reforçou a preocupação em garantir à população um papel de

maior relevo no processo decisório, papel exercido não só por meio dos mecanismos de representação, mas também pela participação direta. Dessa forma, a Constituição brasileira consagrou a participação como um de seus princípios básicos, pelo menos no plano teórico.

Assim, a partir da Lei Orgânica 8.080, de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento do

O DEVER DO ESTADO E O DIREITO À SAÚDE,
COMO PRESSUPOSTO DA CIDADANIA,
EMERGEM A PARTIR DA DÉCADA DE 1970,
NO BOJO DO REGIME MILITAR AUTORITÁRIO,
SÃO CONSAGRADOS NA 8ª CONFERÊNCIA
NACIONAL DE SAÚDE E NA CONSTITUIÇÃO
FEDERAL DE 1988

SUS, em todo o território nacional, ratificou-se a importância da informação da população como suporte fundamental para um eficaz controle social do sistema. Sobre esse aspecto, a referida Lei é taxativa:

CAPÍTULO II – DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art. 7º. [...]

VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde

e a sua utilização pelo usuário [...]
(BRASIL, 1990).

Por outro lado, para regulamentar constitucionalmente o direito à prática da participação, um dos caminhos foi a implementação dos conselhos gestores de políticas públicas. Estes proporcionam à sociedade civil, ao lado do poder público, um espaço plural, de discussões e de tomada de decisões conjuntas, independente da natureza do conselho, no que concerne à formulação e ao acompanhamento de políticas públicas.

Na área da Saúde, no mesmo ano de 1990, com o objetivo de dispor, entre outras providências, sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, foi sancionada a Lei 8.142, em 28 de dezembro, que criou as instâncias colegiadas, a Conferência de Saúde e os Conselhos de Saúde. Estes, em caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, têm como objetivo formular estratégias e controlar a execução de políticas de saúde na instância correspondente (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2003)

No Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde,¹ em um tópico intitulado "Desafios", que discute as possibilidades de acelerar e efetivar o SUS no cotidiano da população, a participação coloca-se como um ponto recorrente e, por-

¹ Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/11Conferencia/relatorio/DESAFIOS.htm>>. Acesso em: 11 set. 2003.

tanto, fundamental na efetivação de um sistema público de saúde democrático, devendo o SUS

[...] definir uma política que garanta instrumentos permanentes de divulgação e comunicação dos Conselhos de Saúde com a sociedade, como acesso e legalização das rádios comunitárias, jornais e outros meios no sentido de prestar informações à população sobre seu funcionamento.

Referindo-se de forma mais específica à discussão da importância da informação, o mesmo relatório aponta, como desafio para essa temática,

[...] tornar o SUS conhecido da população, dos profissionais de saúde e dos poderes constituídos, em termos de seus princípios, diretrizes, programas, metas, dificuldades e recursos, entre outras coisas.

É evidente que um sistema de saúde com a magnitude e as propostas colocadas pelo SUS geram, sem sombra de dúvida, fatores que, se por um lado garantem a democracia e os direitos de cidadania, por outro, tornam o sistema difícil de ser compreendido em sua totalidade, bem como representam um grande desafio para todo o processo de construção e de gestão.

A problemática da complexidade do sistema coincide com a questão das condições de disseminação e acessibilidade da informação e, também, configura-se como tema norteador dos desafios apontados no Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Dessa perspectiva, o

relatório enfatiza a questão nos seguintes termos:

[...] a quantidade de informação acumulada a respeito do SUS (financiamento, orçamento para a saúde, acesso, recursos humanos envolvidos, programas desenvolvidos, experiências exitosas, etc.) não é democratizada e disseminada de forma transparente e nem mesmo com uma linguagem acessível para os diferentes atores sociais. Destaca-se a importância de publicização [sic] de todas essas informações, pois elas são fundamentais para a atuação

A COMPLEXIDADE DA LINGUAGEM, INCLUINDO O EXCESSO DE SIGLAS, DIFICULTA A COMPREENSÃO DO SISTEMA

dos sujeitos sociais, objetivando a efetiva construção do SUS.

E ainda:

[...] como problema central, a falta ou o pouco conhecimento/informação a respeito do SUS, em seus aspectos legais e operacionais. Este cenário atinge não só os conselheiros, mas também a população usuária do SUS e os seus recursos humanos.

A nossa própria experiência confirma a pertinência dos entraves debatidos na referida Conferência à

medida que nos deparamos constantemente com essa realidade. A complexidade da linguagem, incluindo o excesso de siglas, dificulta a compreensão do sistema. A existência de uma 'linguagem *susista*', em sua extrema especificidade, parece tornar a informação cada vez mais 'inacessível' para a população e mesmo para os trabalhadores da saúde.

Dessas dificuldades surgiram as inquietações já mencionadas, que direcionam nosso debate e focalizam nosso objetivo neste artigo: discutir a questão da (des)informação da população acerca da Saúde e do Sistema Único de Saúde. Se, para nós, que de certa maneira já havíamos nos inserido na área da saúde, a informação sobre o SUS tem, em alguns momentos, se constituído como um entrave, refletindo a complexidade dos fenômenos que ocorrem em sua construção, como isso se coloca para a população de modo geral?

Um dos grandes desafios que se coloca na agenda de pesquisas da área de saúde e do SUS passa pela formulação de estratégias de comunicação, que atendam ao objetivo de explicitar, de maneira clara e acessível, o que seja efetivamente o SUS aos diferentes segmentos da sociedade, incluindo os profissionais de saúde, uma vez que muitos destes estão inseridos no sistema sem que tenham os conhecimentos e a compreensão que se fazem fundamentais para tornar o SUS realmente um direito de cidadania,

em que os diferentes sujeitos se sintam parte do sistema e comprometidos com sua construção.

Nesse sentido, consideramos fundamental buscar entender e intervir sobre esses vários olhares e sentidos, explicitados a partir das representações que a população define como sendo saúde e sobre seu conhecimento sobre o SUS. Partindo desse pressuposto, apresentaremos algumas dessas concepções sobre as duas questões mencionadas.

COMO O SUS É VISTO E IMAGINADO: ALGUMAS PERCEPÇÕES

O que verificamos nas ruas acaba por refletir uma concepção multifacetada e fragmentada acerca da saúde que, de algum modo, traz sérias repercussões sobre o que se entende por ação do Estado neste tema. Analisamos esse fato como produto de todo um processo de construção do imaginário social que vem ocorrendo desde os primórdios da década de 1940, quando, a partir de uma visão previdenciária, cria-se o hábito de relacionar a saúde como benefício adquirido para alguns mediante a inserção no mercado formal de trabalho, ou mais comumente como caridade, direcionada à população 'excluída', exercida pelas ações públicas comandadas pelo Governo Federal, distanciando-se amplamente da concepção de saúde como direito universal aclamada pela Constituição Federal de 1988. Nesse sentido,

a exposição de alguns olhares pode ilustrar nossa análise:

É um sistema de saúde. Acho que é uma ajuda para as pessoas carentes que não têm condições de procurar um médico particular. Acho que este programa ajuda as pessoas carentes, que mais precisam.

Sim, é uma coisa que o Governo implantou para a saúde da população, para que as pessoas possam ter um benefício para quem recorrer... As pessoas que não têm condições financeiras de pagar um plano de saúde para ter um hospital particular.

O DIREITO À SAÚDE ESTÁ
FREQUENTEMENTE SENDO SUBSTITUÍDO
PELA NOÇÃO DE CARIDADE, OU SEJA,
NA VISÃO DESSES SUJEITOS, O SUS
NÃO SE CONSTITUIU AINDA EM UM
EFETIVO E INTEGRAL DIREITO DE TODOS

É a previdência mesmo, né?

Idéia de plano de saúde... Uma coisa que quando você estiver mal tem alguém para te atender. Mas nada além disso.

Sim, é um órgão de complemento de saúde do Governo e que atende o povo carente.

É um órgão criado pelo governo que, traduzindo a sigla, significa Sistema Único de Saúde, onde as pessoas, principalmente as carentes que não têm condições de pagar um plano de saúde, deveriam ter acesso a um serviço de saúde.

Verificamos que nas falas acima, em nenhum momento, aparece o termo 'direito' ou qualquer vocábulo que nos remeta a essa idéia. O sentimento de acesso excludente nos leva a supor o fato de que o direito à saúde está frequentemente sendo substituído pela noção de caridade, ou seja, na visão desses sujeitos, o SUS não se constituiu ainda em um efetivo e integral direito de todos.

A maior visibilidade e a positividade sobre o SUS permitem vislumbrar que os respondentes com um maior nível de informação acerca do sistema apontam também os seus limites e os avanços em termos da universalização dos direitos do cidadão, desvinculando-o da obrigatoriedade de inclusão a uma categoria profissional para ter acesso aos serviços de saúde com um mínimo de qualidade e solidariedade.

Sim, claro. Hoje ele atende a todo mundo. Não precisa você ter carteira profissional para ser atendido pelo SUS. Hoje você consegue ser atendido pelo SUS independentemente de ser funcionário público ou privado, etc. Então o SUS hoje é quem cuida da saúde pública do País. É um negócio monstruoso. O SUS é monstruoso. E é por isso que tem essa deficiência enorme. Não é privilégio do SUS ter a deficiência que tem em termos de serviço público, mas por ele ser gigantesco, acho que os problemas se afluam mais lá, exatamente por causa das necessidades da população. É a população mais carente que procura o SUS.

A informação que eu tenho do SUS é que todas os hospitais deveriam ser conveniados... Ele deveria atender a

todas as pessoas da mesma forma. Mas eu acho que não deve ser assim, não...

No entanto, também podemos observar que, mesmo nas falas que conseguem evidenciar uma visão mais ampliada acerca do sistema, ainda permanece a tendência para atrelar a saúde pública a serviços destinados à população carente, fazendo uma nítida distinção entre o sistema privado e público, em que o segundo funcionaria como complemento ao primeiro e não ao contrário, como está estabelecido na legislação. Revela-se, desse modo, o distanciamento da população com maior poder aquisitivo e a falta de estratégias de reivindicações (classe média em particular) em relação à rede pública, já que pode optar por outras formas de acesso aos serviços (privados/medicina suplementar), que acreditam ter mais credibilidade, como exemplifica o depoimento abaixo:

Eu já precisei na minha juventude. Depois a gente teve condições de ter plano de saúde, então a gente não utilizou mais o SUS...

É interessante observar que, entre as pessoas entrevistadas, verifica-se a manutenção da tendência de relacionar a saúde com assistência médica ambulatorial e hospitalar, uma vez que as pessoas que afirmaram ter utilizado o SUS sempre se referem ao uso de serviços desse tipo, ignorando o acesso ao uso indireto, no que se refere a ações como vigilância sanitária e epidemiológica, por exemplo.

Já. Bom, a gente vai lá no médico e aí pega uma ficha e depois marca outro dia pra gente ir.

Sim, fiz uma cirurgia no joelho há uns dois anos atrás. Foi pelo SUS que eu fiz...

Usei no Hospital das Clínicas e na Santa Casa. Tive o meu primeiro filho pelo SUS.

Verificamos ainda que, dentre os entrevistados, há duas categorias que se destacaram: a primeira engloba as pessoas que, em um

PARECE NÃO HAVER UMA PERCEPÇÃO CLARA DA POPULAÇÃO QUANTO ÀS CONQUISTAS ENSEJADAS PELO NOVO MODELO, QUE TEM DIFERENCIAIS BÁSICOS, TANTO NO QUE SE REFERE À CONCEPÇÃO DE SAÚDE COMO AO MODO DE FUNCIONAMENTO DO SISTEMA

momento inicial, demonstravam não saber o que era o SUS, o que, de certa maneira, acabam por justificar o desconhecimento acerca de seu uso; a outra categoria é identificada por pessoas que, apesar de saberem minimamente do que se tratava, ainda relacionavam o SUS a um modelo de atendimento direcionado prioritariamente à população carente e, por entender que não faziam parte dessa parcela da população, acreditavam que

deviam pagar por seus próprios seguros de saúde.

A restrição da saúde ao campo da assistência médica também parece contribuir para que o SUS seja identificado como um lugar ou estabelecimento destinado apenas à recuperação e reabilitação da saúde e, às vezes, até como sujeito, não como um sistema que organiza a assistência à saúde da população brasileira:

Não sei bem o que é SUS, não. Minha irmã levou a menina dela lá...

Se a gente for marcar uma consulta no SUS, ele não atende na hora...

Já fui muito nele, mas não sei explicar o que é o SUS.

O SUS é o organismo que cuida da saúde do país.

É um órgão criado pelo governo...

Um outro fato que nos chama a atenção é a não-distinção feita por algumas pessoas entre o SUS, como modelo recente e atual de saúde pública, e os modelos centralizados e excludentes vigentes em épocas passadas. Ou seja, parece não haver uma percepção clara da população quanto às conquistas ensejadas pelo novo modelo, que tem diferenciais básicos, tanto no que se refere à concepção de saúde como ao modo de funcionamento do sistema.

Nesse sentido, algumas falas remetem a um dos limites do sistema: os modos como tem se dado, cotidianamente, o acesso da população a maioria dos serviços ofertados pelo

SUS – filas, atendimentos permeados pela falta de solidariedade com as queixas e necessidades dos usuários, sem produção de vínculos e nem acolhimento humanizado:

O atendimento não é bom [...], pois o funcionário faz muito corpo mole em dizer que o serviço é público. Ele atende você mal porque ele acha que o serviço é público e não precisa atender bem.

Hoje em dia tem muita fila. Você tem que passar por muita coisa para você conseguir uma ficha para depois ser atendido.

A gente vai de manhã para o posto de saúde, tem que pegar aquelas filas grandes, tem a espera. Às vezes a gente não é bem atendido. Às vezes os médicos faltam. Não vão ao trabalho.

Essa imagem-objeto do SUS tem sido muitas vezes reforçada pela mídia que, sistematicamente, prioriza as dificuldades de operacionalizar um sistema com a magnitude do SUS, ao invés de mostrar também as experiências exitosas do modelo em diferentes regiões.

A informação que eu tenho do SUS é aquela velha história. Que hospital X é credenciado ao SUS, mas a verba não é repassada. É a informação que o povo tem no geral. É o que a gente vê na televisão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que se percebe é que as pessoas encontram grande dificuldade, inclusive os próprios profissionais de saúde envolvidos de alguma forma com o SUS, para entender como vem

se dando, ao longo dos anos, o processo de construção do sistema público de saúde no Brasil. Este fato é observável tanto no que ele tem de avanço, como em relação aos limites de fazê-lo andar num país com a diversidade e os jogos de interesses tão divergentes quanto é o Brasil.

Mesmo de forma pouco expressiva, tomada como está posta na Constituição Federal, a diretriz organizacional da participação da comunidade acaba por levantar debates em torno da questão da informação como algo inovador e relevante para a construção da cidadania, à medida que funciona como pré-requisito fundamental para a participação das pessoas, que são convidadas a atuar nos processos decisórios referentes a uma das problemáticas que mais afeta o ser humano em toda sua totalidade, que é a saúde, a vida e a sua cidadania.

Todavia, se pensarmos que estamos há apenas 15 anos de sua implantação, o SUS representa um imenso mar de possibilidades. Isto significa que poderemos conquistar os terrenos da cidadania e inclusão social ou nos perder nesta imensidão. Dessa forma, podemos fazer uma reflexão do quanto avançamos do ponto de vista dos direitos dos cidadãos, quando a comunidade passa a ter papel importante no modo de organização do sistema de saúde.

Pensamos que a contribuição necessária e indispensável que se dará na contramão desses impasses que

dificultam o pleno funcionamento do SUS esteja diretamente relacionada com a capacidade de divulgação e democratização das informações com linguagem acessível à população como um todo. Isso permite que a sociedade, de modo geral, possa, mediante melhores informações sobre esse sistema, usá-lo em sua plenitude, fazendo valer sua cidadania, e também participar e colaborar emitindo sugestões e propostas direcionadas à melhoria do sistema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. *O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Atheneu, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Desafios. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11, 2000, Brasília, DF. *Anais Eletrônicos...* Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/11Conferencia/relatorio/DESAFIOS.htm>>. Acesso em: 11 set. 2003.

_____. Propostas e diretrizes do Ministério da Saúde para os eixos temáticos 2003. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12, 2003, Brasília, DF. *Anais eletrônicos...* Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/>>. Acesso em: 12 set. 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva: a organização de saúde no SUS. In: FLEURY, Sonia (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 113-124.

CARVALHO, J. M. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

EGLER, Tamara T. C. Exclusão e inclusão na sociedade do conhecimento. *Cadernos IPPUR*, Ano XV, n. 2, ago./dez. 2001 / Ano XVI, n. 1, jan./jul. 2002, p. 363-379.

ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

GARCIA, H. *Dicionário contemporâneo da língua portuguesa Caldas Aulete*. 5. ed., v. 2, Rio de Janeiro: Delta, 1986.

MEHRY, Emerson Elias. O SUS e um de seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde. In: FLEURY, Sonia (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 125-141.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1996.

NOGUEIRA, M. A. *As possibilidades da política: idéias para a reforma democrática do estado*. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

PAIM, Jairnilson da Silva. *Política e reforma sanitária*. Salvador: ISC, 2002.

PAIM, Jairnilson da Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

SANTOS, W. G. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

Seguridade Social: a agenda pendente

Social Security: incomplete agenda

Sonia Fleury¹

¹ Professora da Fundação Getúlio Vargas do Rio de Janeiro (FGV-RJ), membro do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social (CDES) do governo Lula
e-mail: sfleury@fgv.br Homepage: www.ebape.fgv.br/pp/peep

A imunidade contra a indigência é algo que não se pode regalar nem impor a uma democracia. É algo que esta tem que ganhar por si mesma. Para consegui-la se necessita coragem e fé, ao mesmo tempo que um sentido de unidade nacional: coragem para enfrentar os fatos e as dificuldades e vencê-los; fé em nosso futuro e nos ideais de um jogo limpo e de liberdade, pelos quais nossos antepassados estiveram dispostos a morrer um século atrás do outro; um sentido de unidade nacional que se sobreponha a qualquer classe ou setor da população.

BEVERIDGE, Informe de 1942

BREVE HISTÓRICO DA PROTEÇÃO SOCIAL

As políticas sociais brasileiras desenvolveram-se, a partir do início do século passado, por um período de cerca de 80 anos, configurando um tipo de padrão de proteção social só alterado com a Constituição Federal de 1988. O sistema de proteção social brasileiro, até o final da década de 1980, combinou um modelo de seguro social na área previdenciária, incluindo a atenção à saúde, com um modelo assistencial para a população sem vínculos trabalhistas formais. Ambos os sistemas foram

organizados e consolidados entre as décadas de 1930 e 1940, como parte do processo mais geral de construção do Estado moderno, intervencionista e centralizador, após a revolução de 1930. Datam desta época a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) em substituição às Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), a Legião Brasileira de Assistência (LBA), o Ministério da Educação e Saúde, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

A construção do Estado nacional é um processo sempre inacabado, no qual vão sendo desenhadas

as relações de poder na institucionalidade do aparato administrativo, seja ele voltado para a implementação do projeto econômico, seja ainda responsável pela reprodução da força de trabalho e incorporador das demandas políticas dos grupos subalternos. A opção por um dado formato de política social, que se cristaliza na combinação de modelos distintos para diferentes segmentos dos trabalhadores, indica o lugar que cada um deles ocupa em uma dada correlação de forças, além das tendências internacionalmente preponderantes.

As diferenças entre o modelo de seguro social aplicado à Previdência Social e o modelo assistencial são conhecidos (FLEURY, 1994).

- No modelo assistencial, as ações, de caráter emergencial, estão dirigidas aos grupos de pobres mais vulneráveis; inspiram-se em uma perspectiva caritativa e reeducadora; organizam-se com base na associação entre trabalho voluntário e políticas públicas; estruturam-se de forma pulverizada e descontínua, gerando organizações e programas muitas vezes superpostas. Embora permitam o acesso a certos bens e serviços, não configuram uma relação de direito social, tratando-se de medidas compensatórias que terminam por ser estigmatizantes. Por isso, denomino a esta relação como de ‘cidadania invertida’, na qual o indivíduo tem de provar que fracassou no mercado para ser objeto da proteção social (FLEURY, 1997).

- No modelo de seguro social, a proteção social dos grupos ocupacionais estabelece uma relação de direito contratual, na qual os benefícios são condicionados às contribuições pretéritas e à afiliação dos indivíduos a tais categorias ocupacionais que são autorizadas a operar um seguro. A organização altamente fragmentada dos seguros expressa a concepção dos benefícios como privilégios diferenciados de cada categoria, como resultado de sua capacidade de pressão sobre o governo.

Como os direitos sociais estão condicionados à inserção dos indivíduos na estrutura produtiva, Wanderley G. dos Santos (1979) denominou a relação como de cidadania regulada pela condição de trabalho.

No período da democracia populista (1946-1963), a expansão do sistema de seguro social fez parte do jogo político de intercâmbio de benefícios por legitimação dos governantes, beneficiando de forma diferencial os grupos de trabalhadores com maior poder de barganha. Este fenômeno ficou conhecido como ‘massificação de privilégios’ e implicou o aprofundamento da crise financeira e de administração do sistema previdenciário.

A inflexão que vão sofrer os sistemas e mecanismos de proteção social a partir da instauração do regime burocrático-autoritário em 1964 obedeceu a quatro linhas mestras: a centralização e concentração do poder em mãos da tecnocracia, com a retirada dos trabalhadores do jogo político e da administração das políticas sociais; o aumento de cobertura, incorporando, de modo precário, grupos antes excluídos, as empregadas domésticas, os trabalhadores rurais e os autônomos; a criação de fundos e contribuições sociais como mecanismo de autofinanciamento dos programas sociais (FGTS, PIS-PASEP, FINSOCIAL, FAS, Salário-Educação); a privatização dos serviços sociais (em especial a edu-

cação universitária e secundária e a atenção hospitalar).

Em meados da década de 1970, a luta pela democratização das políticas adquire novas características e estratégias. Antes confinada às universidades, aos partidos clandestinos e aos movimentos sociais, passa cada vez mais a ser localizada no interior do próprio estado. Primeiramente, a partir das experiências inovadoras desenvolvidas pelas prefeituras oposicionistas eleitas em 1974; em segundo lugar, no interior dos órgãos centrais, responsáveis pelas políticas sociais, buscando aproveitar a crise financeira e do modelo das políticas sociais para introduzir elementos de transformação; em terceiro lugar, há um fortalecimento das capacidades técnicas dos partidos políticos e do parlamento, que passam a tomar a problemática social como parte de suas plataformas e projetos de construção de uma sociedade democrática.

O resgate da dívida social passa a ser um tema central da agenda da democracia, convergindo para ele movimentos de natureza diversa. Este processo intensifica-se na década de 1980, por meio do surgimento de um rico tecido social emergente a partir da aglutinação do novo sindicalismo e dos movimentos reivindicatórios urbanos, da construção de uma frente partidária de oposição, e da organização de movimentos setoriais capazes de formular projetos de

reorganização institucional, como o Movimento Sanitário.

Toda esta efervescência democrática foi canalizada para os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte, iniciados em 1987. Em boa medida, a construção de uma ordem institucional democrática supunha um reordenamento das políticas sociais que respondesse às demandas da sociedade por maior inclusão social e equidade. Projetada para o sistema de políticas sociais como um todo, tal demanda por inclusão e redução das desigualdades adquiriu as concretas conotações de afirmação dos direitos sociais como parte da cidadania.

SEGURIDADE SOCIAL: O PADRÃO CONSTITUCIONAL DE 1988

A Constituição Federal de 1988 representa uma profunda transformação no padrão de proteção social brasileiro, consolidando, na lei maior, as pressões que já se faziam sentir há mais de uma década. Inaugura-se um novo período, no qual o modelo da seguridade social passa a estruturar a organização e o formato da proteção social brasileira, em busca da universalização da cidadania. No modelo de seguridade social busca-se romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios, gerando mecanis-

mos mais solidários e redistributivos. Os benefícios passam a ser concedidos a partir das necessidades, com fundamentos nos princípios da justiça social, o que obriga a estender universalmente a cobertura e integrar as estruturas governamentais.

A Constituição de 1988 avançou em relação às formulações legais anteriores, ao garantir um conjunto de direitos sociais, expressos no capítulo da Ordem Social, inovando ao consagrar o modelo de Seguridade Social como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Título VIII, Capítulo II, Seção I, art. 194). A inclusão da previdência, da saúde e da assistência como partes da seguridade social, introduz a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, sendo que antes eram restritos à população beneficiária da previdência.

O novo padrão constitucional da política social caracteriza-se pela universalidade na cobertura, o reconhecimento dos direitos sociais, a afirmação do dever do Estado, a subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das ações e serviços nestas áreas, uma perspectiva publicista de gestão governo/sociedade, um arranjo organizacional descentralizado.

Este novo modelo foi expresso nos princípios organizadores da Seguridade Social: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios e serviços; equidade na forma de participação do custeio; diversidade da base de financiamento e; gestão quadripartite, democrática e descentralizada, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo em órgãos colegiados. Além disso, introduziu a noção de uma renda de sobrevivência, de caráter não contributivo, ao assegurar um benefício financeiro de prestação continuada para idosos e deficientes incapazes de trabalhar.

O modelo de seguridade social foi originalmente proposto por Beveridge, que o definiu, em seu informe de 1942, como “a manutenção dos ingressos necessários à sobrevivência” (1987, p. 73). Tratava-se de um plano de seguros sociais fundamentado em seis princípios fundamentais: “uniformidade da taxa do benefício de subsistência; uniformidade da taxa de contribuição; unificação da responsabilidade administrativa; suficiência do benefício; amplitude e classificação” (1987, p. 73).¹ Sua proposta previa um benefício

¹ As pessoas em idade de trabalhar foram classificadas em empregados, pessoas com ocupação lucrativa, donas-de-casa, desempregados.

único universal para aposentadorias, pensões e desemprego, correspondente a um mínimo vital, a ser assegurado pelo sistema público, seja porque o beneficiário cumpriu as condições de tempo de contribuição, seja em casos de necessidade, quando o beneficiário receberia um benefício assistencial depois de comprovada a ausência de recursos. Além disto previa a “provisão de cuidados médicos, que abarquem a totalidade das necessidades, a todos os cidadãos, mediante um serviço nacional de saúde” (1987, p. 78). Previa a fundação de um Ministério da Seguridade Social, responsável pelos seguros sociais e assistência, ainda que o serviço nacional de saúde fosse organizado pelos departamentos correspondentes.

Beveridge reafirma o princípio contributivo de propiciar benefícios como direito em troca de contribuições, já que as políticas assistenciais seriam residuais, pois a tendência ao pleno emprego é condição indispensável para o sucesso de qualquer política social.²

Já nossa proposta de seguridade articulou três sistemas preexistentes, regidos por lógicas diversas: a saúde pela necessidade, a previdência pela condição de trabalho e a assistência pela incapacidade. O entendimento de que a Previdência é um sistema contributivo (art. 201) e que

requer uma base de cálculo atuarial para garantir sua sustentabilidade não a separa do modelo solidário e distributivo da Seguridade Social, pois o espírito da Constituição de 1988 é assumir que a contribuição requerida não é, necessariamente, feita sobre o salário do trabalhador.

Neste sentido, os princípios orientadores da seguridade social não se aplicam de igual modo a todos os setores, sendo a universalidade da cobertura e do atendimento o eixo do novo sistema de saúde, a uniformidade e equivalência dos benefícios e sua irredutibilidade a base da reforma da previdência social e a seletividade e distributividade o princípio orientador da política de assistência social. No entanto, apesar de haver maior adaptabilidade de princípios às áreas, a sua integração sob o mesmo conceito de seguridade social supunha uma contaminação positiva entre os três componentes.

O padrão constitucional da proteção social inovou, mesmo em relação ao modelo original da seguridade social, na organização dos setores componentes da seguridade social, subordinando-os a dois princípios básicos: a participação da sociedade e a descentralização político-administrativa. Ou seja, o novo formato das políticas sociais deveria aprofundar o duplo movimento de democratização, qual seja, a par-

tir do nível central em direção ao nível local e a partir do Estado em direção à sociedade. A ênfase na participação da sociedade é um aspecto muito salientado no texto constitucional, refletindo uma resposta às reivindicações dos movimentos sociais em toda a década de 1980, bem como às formulações dos grupos reformistas na área de saúde, ao longo dos anos de ditadura.

A originalidade da Seguridade Social brasileira está dada em seu forte componente de reforma do Estado, ao redesenhar as relações entre os entes federativos e ao instituir formas concretas de participação e controle sociais, com mecanismos de articulação e pactação entre os três níveis de governo. A organização dos sistemas de proteção social deveria adotar o formato de uma rede descentralizada, integrada, com comando político único e um fundo de financiamento em cada esfera governamental, regionalizada e hierarquizada, com instâncias deliberativas que garantissem a participação paritária da sociedade organizada, em cada esfera governamental.

O modelo constitucional ficou caracterizado pelo desenho dos sistemas de políticas sociais de saúde e de assistência de forma descentralizada e participativa. No caso da Previdência, este modelo não se aplicava completamente, dado a resis-

² “O que disse com caráter geral e não em detalhe foi não que meu plano seja impraticável se existe desocupação em larga escala, senão que nenhum plano de seguro social é satisfatório se existe desocupação em massa” (1987, p. 168).

tência à descentralização, embora tenha sido criado também um conselho no qual os beneficiários e contribuintes têm assento, em resposta à grande mobilização dos aposentados e dos sindicatos.

Em termos organizacionais, o Ministério da Saúde absorveu, por fim, a rede de serviços de atenção à saúde da Previdência (INAMPS)³ e passou a ser o único responsável por todos os serviços de saúde, com exceção do benefício de auxílio-doença. O Ministério da Previdência e Assistência Social⁴ ficou responsável pelas duas áreas, mas foram transferidos para a área de Assistência Social todos os benefícios assistenciais da Previdência (renda mensal vitalícia,⁵ auxílio-natalidade e auxílio-funeral) além do novo benefício de prestação continuada, e o papel de atribuir o caráter de filantropia às instituições, o que lhes garante isenção das contribuições previdenciárias.

Os Constituintes preocuparam-se em reduzir a vulnerabilidade do sistema de seguridade social, cuja base de contribuição sobre a folha de salários havia se demonstrado pró-cíclica, inviabilizando as finanças previdenciárias nos momentos de crise econômica, quando a população apresenta mais demandas.

Além disso, a adoção de um modelo solidário e redistributivo implicou no imediato aumento das despesas, como por exemplo, ao duplicar o valor dos benefícios rurais com sua equivalência ao salário mínimo urbano. A mesma linha de raciocínio pode ser aplicada à população urbana, já que se fez necessária a adoção de um perfil de financiamento mais estável em um quadro marcado pela precariedade das relações de trabalho.

Para tanto, foram diversificadas as fontes de financiamento, e a Constituição estabeleceu que

a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, e das contribuições sociais:

I – dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;

II – dos trabalhadores;

III – sobre a receita de concursos de prognósticos. (art. 195)

Desta forma, buscou-se integrar contribuições sobre salários realizadas por empregados, empregadores e autônomos; contribuições sobre o lucro líquido das empresas financeiras (CSLL) e contribuições sobre o

faturamento das empresas (COFINS). Tal sistemática de financiamento não foi criada por acaso, pois buscava mecanismos de solidariedade e de estabilização do sistema, na tentativa de romper com a arraigada noção do seguro social, de que existe uma relação inexorável entre contribuição e benefício.

A concretização deste modelo de Seguridade Social se realizaria com a criação do Orçamento da Seguridade Social, modalidade de integração, nunca implementada, de todos os recursos oriundos das distintas fontes, a serem distribuídos entre os três componentes: saúde, previdência e assistência. No entanto, a CF/88 não estabeleceu o modo de operação deste mecanismo, o que permitiu que, quase imediatamente, houvesse uma especialização das fontes de financiamento em relação ao destino, ao arripio da lei. Como a Previdência era a arrecadadora das contribuições, reservou para si a folha de salários, e foram atribuídos à Saúde os recursos das contribuições sobre o lucro (FINSOCIAL e, depois, CSLL) – questionadas juridicamente como bi-tributação pelos empresários até 1993 –, e à assistência foram destinados os recursos sobre o faturamento (COFINS).

³ Lei 8.689, de 1993.

⁴ O MPAS, com um interregno entre 1990/92, durou até 2003, quando a Assistência Social ganhou o estatuto de Ministério da Assistência e Promoção Social.

⁵ A RMV foi instituída pela Lei 6.179/74 e extinta em 1991, pela Lei 8.213, que estipulou dezembro de 1995 como limite para a solicitação dos benefícios.

A arena política onde se travaram as lutas e negociações entre os diferentes atores políticos foi o Congresso Nacional, na forma de Assembleia Nacional Constituinte. Neste sentido, partidos políticos e congressistas foram atores privilegiados, canalizando para seu espaço as pressões dos diferentes grupos de interesse, incluindo a burocracia previdenciária, os movimentos sociais, as centrais sindicais, as representações empresariais, as associações profissionais como a ANFIP e as que representavam os beneficiários. O arcabouço legal da Seguridade Social seria completado com a promulgação das leis orgânicas, em cada setor, que por fim definiriam as condições concretas pelas quais estes princípios constitucionais e diretivas organizacionais iriam materializar-se.

No entanto, a correlação de forças que favorecera a promulgação deste modelo constitucional havia mudado e a promulgação das leis orgânicas só foi possível graças à rearticulação das forças reformistas, para pressionar e negociar com um governo de orientação claramente centralizador e liberal. A partir do início da década de 1990, quando o

país vivia o auge de uma forte crise fiscal, inflacionária e política, que desaguou no *impeachment* do então presidente Fernando Collor, observou-se a inflexão na forma de encaminhamento das discussões em torno da Previdência brasileira. A nova agenda incorporou uma intensa discussão pública em torno da sustentabilidade financeira do sistema em virtude das significativas mudanças no mundo do trabalho, fatores de natureza demográfica, além do crescimento dos questionamentos em relação à generosidade do sistema, à manutenção de privilégios para alguns setores e suas distorções gerenciais.

Em toda a América Latina e, em particular, no Brasil vivia-se, neste momento, uma grave crise econômica que exigia uma série de reformas, algumas profundas. Como diagnóstico da crise, apresentava-se o elevado endividamento público, decorrente da incapacidade estrutural do Estado de gerar poupança interna necessária ao desenvolvimento sustentável do país. Uma política reformista, que incluiu a privatização do patrimônio do Estado, a reforma administrativa introduzindo práticas gerenciais

oriundas dos negócios privados e a retirada do Estado da provisão de serviços, foi fortemente indicada pelas agências internacionais como a solução capaz de devolver ao país os níveis de crescimento social e econômico alcançados no passado. É na esteira do discurso reformista, de cunho marcadamente neoliberal, ditado pela orientação ortodoxa na economia nos últimos anos, que se desenvolveram os debates acerca da necessidade de reorganização do modelo de seguridade.

A regulamentação dos novos dispositivos constitucionais relativos à seguridade social foi bastante conflitiva. As leis orgânicas desta área foram promulgadas após um processo intenso de conflitos e barganhas, e em um contexto político em que o Executivo era abertamente hostil ao seu conteúdo reformista original.

Todas as leis orgânicas⁶ – da saúde, previdência e assistência – tiveram de ser negociadas nesta nova conjuntura desfavorável, e sua maior ou menor correspondência com os preceitos constitucionais foi fruto da capacidade política de resistência às tendências de privatização, recentralização, capitalização e fo-

⁶ Na área de saúde, foram finalmente promulgadas as Leis 8.080 e 8.142 de 1990, que regulam as ações, a organização e o funcionamento dos serviços e dispõem sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), sobre a alocação dos recursos financeiros e sobre a estrutura dos conselhos e das conferências de saúde. Na área de previdência, as inovações constitucionais foram regulamentadas pela Lei 8.212/91, intitulada Lei Orgânica da Seguridade Social, mas que apenas estabelece o Plano de Custeio da Previdência Social e pela Lei 8.213/91, que estabelece o Plano de Benefícios da Previdência Social. A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) demorou cinco anos para ser promulgada (Lei 8.742/93), instituindo o Conselho Nacional de Assistência Social, responsável pela política nacional e pela gestão do fundo nacional de assistência social (RACHELIS, 1998).

calização que ameaçaram a implantação da seguridade social. A maior fragilidade se fez sentir na área de assistência social, em função da baixa capacidade de reivindicação dos usuários destes benefícios, apesar do forte movimento dos profissionais da área, o que resultou na aprovação da lei orgânica (LoAs) apenas em 1993. Os critérios para obtenção do benefício de prestação continuada (BPC/LoAs, no valor de um salário mínimo) foram definidos de forma tão restritiva que o benefício tornou-se focalizado em excesso, atendendo exclusivamente populações de alto risco social.⁷ Para seus críticos, a introdução da Seguridade Social como preceito constitucional inviabiliza financeiramente a Previdência Social, pois foram aumentados os valores dos benefícios e flexibilizadas as condições de acesso aos benefícios, não houve vinculação de benefícios com contribuições e também separação entre as contas da Previdência e Assistência (VELLOSO, 1999).

Para alguns dos defensores do conceito de Seguridade Social, esta já não tem mais existência nem do ponto de vista formal nem adminis-

trativo, desde que a legislação ordinária separou as três áreas componentes, nem do ponto de vista financeiro, já que houve uma progressiva especialização das fontes, que se acentuará no período seguinte (VIANNA, 2003).

A nosso ver, a Seguridade Social, como princípio reitor da proteção social, consagrado na CF/88, não foi concluído organizacional, financeiramente ou em relação ao padrão de benefícios e à cobertura. No entanto, segue como norteador dos movimentos e lutas sociais, atravessando a burocracia pública, na defesa dos direitos sociais universais, tendo demonstrado sua capacidade de resistência às conjunturas mais adversas.

SEGURIDADE SOCIAL: CONTINUIDADES E RUPTURAS

Passados 15 anos da promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88), já alterada por quarenta Emendas Constitucionais⁸ e ainda em debate de novas reformas constitucionais, parece ser o momento adequado para fazer um balanço sobre nossa Seguridade Social.

Algumas considerações sobre o que significou a Seguridade Social em termos de continuidades e rupturas com nosso padrão de incorporação de demandas sociais podem ser colocadas para o debate:

- a Seguridade Social representou uma continuidade em termos do processo de ampliação da cobertura que vinha se processando durante todo o século XX, ainda que, não se tenha alcançado a universalização das políticas sociais. Enquanto a cobertura da Previdência Social fica limitada pelo tamanho do mercado formal de trabalho (em 2002, a previdência cobria apenas 45% dos trabalhadores), a Assistência é limitada pelos restritivos critérios de inclusão e pela escassez de recursos disponíveis. Já a universalização legal da condição de beneficiário do sistema de Saúde foi uma ruptura com o modelo de saúde previdenciário, ficando apenas limitada pelas condições de acesso e utilização dos serviços, cuja rede concentrada, e muitas vezes sucateada, é incapaz de atender à demanda. A auto-exclusão dos setores de classe média dos serviços de menor custo

⁷ Em relação à renda – renda mensal familiar *per capita* abaixo de 1/4 de salário mínimo – ou idade – acima de 67 anos – ou incapacidade para vida independente e para o trabalho – incapaz de escovar os dentes –, além de não se aplicar a pessoa em cuja família exista algum beneficiário de outro programa da Previdência Social ou do seguro-desemprego.

⁸ A primeira iniciativa reformista veio em 1991, com o envio do Emendão, no governo Collor. Suas propostas liberais foram paralisadas no Congresso, tendo apenas aprovado duas emendas, uma que limitava o salário dos deputados estaduais e vereadores e outra que antecipou em cinco meses o plebiscito sobre o sistema de governo. No governo Itamar Franco foram aprovadas duas emendas. Fernando Henrique Cardoso retomou as idéias liberais de Collor e, em apenas oito meses, alterou profundamente a ordem econômica. Em seu governo foram aprovadas 35 emendas à Constituição.

não se repete, no entanto, com relação aos serviços de alta complexidade e aos custosos tratamentos das enfermidades crônicas;

- a Saúde, Previdência e Assistência já se encontravam sob o mesmo marco institucional desde a década de 1970 (com a criação do MPAS), mas sua integração sob a Seguridade Social significou uma ruptura com a condição anterior de subordinação das outras áreas ao modelo de seguro previdenciário, que permitia, por exemplo, o permanente questionamento acerca da compatibilidade do benefício de saúde no interior da previdência, já que não havia vinculação entre benefício e contribuição. A área de Assistência ganhou estatuto de direito social e institucionalidade constitucionalmente garantida pela primeira vez em nossa história;

- houve ruptura ao assegurar o mesmo estatuto de política social às três áreas, introduzindo-se a noção de direitos sociais a serem garantidos como dever do Estado, o que distanciou as ações assistenciais das meras medidas correccionais e da filantropia. Na área de saúde, a ação estatal passa a ser responsável também pelas medidas curativas, não se limitando mais, legalmente, às tradicionais campanhas de saúde pública. Na previdência, onde já havia a noção de direito contratual, há a introdução da perspectiva de direito universal de retribuição ao trabalho

realizado, considerado socialmente necessário, e não apenas retribuição em base à contribuição financeira individualmente efetuada. Esta mudança é crucial para garantir a continuidade das aposentadorias que são subsidiadas, como a dos trabalhadores rurais, bem como abre a possibilidade de introdução de novos benefícios relacionados ao trabalho não remunerado;

- a não-operacionalização do Orçamento da Seguridade Social significou uma continuidade no insulamento das finanças das áreas componentes da Seguridade Social. Como consequência, cada área buscou definir uma fonte cativa de financiamento, terminando por constituir estas vinculações, o que impede a integração efetiva das ações da Seguridade. A tendência ao insulamento ultrapassou o âmbito do financiamento, manifestando-se na inexistência de qualquer outro mecanismo integrador das políticas nas três áreas, com grande prejuízo de possíveis sinergias e ganhos em eficiência e eficácia. O temor à criação de um super ministério da Seguridade Social fez com que houvesse uma rejeição, desde a ANC, à busca de formas mais orgânicas de atuação envolvendo a previdência, saúde e assistência;

- apesar da não integração institucional destas políticas, a criação da Seguridade Social inaugura um campo de conhecimento antes ine-

xistente, para além da abordagem disciplinar ou dos enfoques específicos que caracterizam as áreas de saúde, previdência e assistência, gerando um novo objeto da produção de conhecimentos e formação profissional. O campo das políticas sociais, ainda que cada vez mais politicamente identificado como ações de combate à pobreza, ganha estatuto acadêmico de campo multidisciplinar de produção/difusão de saber e prática política, cujo arcabouço teórico está fundado na teoria da cidadania;

- a constituição da Seguridade Social como um campo de práticas políticas evidencia-se na emergência de novos atores políticos, como os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e a Associação Nacional de Auditores Fiscais da Previdência (ANFIP), que rompem com dualidade tecnocracia/clientelismo como únicas formas de atuação tecno-política nas áreas sociais. Novas práticas políticas, inauguradas com os processos de participação e controle social, como os Conselhos e as Conferências nas áreas de saúde e assistência, desenham novas modalidades de relação Estado/sociedade, com forte impacto no processo de produção das políticas públicas e construção da cidadania;

- desde a Assembléia Nacional Constituinte, o Congresso Nacio-

nal qualifica-se como sendo o fórum privilegiado de convergência dos interesses no campo das políticas sociais. A criação da Comissão de Seguridade Social dá continuidade a este processo de formação de uma elite de congressistas especializados em políticas sociais, com fortes conexões com os movimentos sociais e atores políticos atuantes na área. Uma troca contínua de informações permite uma atuação altamente eficaz na negociação das reformas constitucionais e da legislação infraconstitucional. Ao contrário do executivo, quando as burocracias de cada uma das áreas atuam de forma insular, a existência da Comissão de Seguridade Social permitiu ao Congresso a superação das separações entre as políticas sociais, possibilitando um tratamento mais integrado;

- a ruptura introduzida com o modelo de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), representou um novo desenho de relações entre Estado e sociedade e entre as esferas governamentais, deslocando o poder do centro para a periferia. Adequado também pela área de Assistência, o modelo do SUS oferece uma proposta de pacto federativo que rompe com o centralismo secular de nossa tradição, sem cair na desresponsabilização do poder central proposta pelo modelo neoliberal. Transcendendo o âmbito se-

torial e mesmo o das políticas sociais, esta proposta de pacto federativo tende a expandir-se e ser adotada em outras áreas, como, recentemente, no desenho do sistema único de segurança;

- as reformas constitucionais tiveram o intuito de dar tratamento fiscal às políticas sociais, omitindo qualquer referência ao conceito de Seguridade Social. Além de vincular recursos às áreas de previdência e saúde as emendas constitucionais alteraram as condições de acesso aos benefícios previdenciários, introduziram um teto máximo, bem como redefiniram a estrutura dos regimes geral, próprio, militar e complementar. No entanto, as principais sabotagens à Seguridade Social foram impetradas no campo financeiro, com as sucessivas apropriações dos recursos oriundos das contribuições sociais para outros fins, seja para pagamento dos Encargos Previdenciários da União (EPU), a Desvinculação das Receitas da União (DRU) para atender aos critérios de superávit primário acordados com as agências financeiras internacionais, seja, ainda, no mero uso indevido dos recursos daquelas contribuições. Na área de saúde, depois de garantir recursos do orçamento nos três níveis governamentais para a área, ainda está em discussão a legislação que impedirá a inclusão de outros programas e ações sociais

naquele orçamento setorial. Em decorrência, o que vem ocorrendo é que, de superavitária a Seguridade Social passou assim a ser, cronicamente, deficitária;⁹

- no campo das políticas assistenciais houve também ruptura com o modelo constitucional, materializado na estrutura descentralizada e participativa regulamentada pela legislação ordinária (LOAS) com a criação de programas vinculados à Presidência da República (como o Programa Comunidade Solidária e agora o Programa Fome Zero), que introduziram a perspectiva de refilantropização da política assistencial. À margem da Seguridade Social, tais programas focalizados, de eficácia duvidosa, passam a ser identificados como marcas políticas dos governos, desvinculando os benefícios assistenciais da condição de cidadania. Já os poucos recursos para os Benefícios de Prestação Continuada (BPC) e a pouca ênfase dada à eficácia dos benefícios previdenciários na redução da pobreza (11,3%, nas estimativas do MPAS para 1999), são indícios da fragilidade da Seguridade Social como principal instrumento, que deveria ser, para as políticas de distribuição de renda.

A AGENDA PENDENTE

Há um renovado interesse pelo tema da Seguridade Social, que de-

⁹ Conforme demonstram dados apresentados pela ANFIP em Seguridade e Desenvolvimento: um projeto para o Brasil, Brasília, 2003.

verá se acentuar com o processo de discussão das Conferências Nacionais de Saúde e de Assistência Social, previstas para dezembro de 2003. Este é o momento político adequado para um balanço sobre a agenda pendente na implantação da Seguridade Social. Torna-se necessário sair da atual postura reativa, de defesa de uma Seguridade Social constantemente ameaçada pelas medidas financeiras e legais que descumprem os preceitos constitucionais e buscar uma agenda positiva, que nos permita avançar na sua consolidação e aprofundamento.

A verdadeira concretização da Seguridade Social, já o apontava com muita clareza Beveridge, implica a existência de um pacto social renovado que, transcendendo interesses setoriais e classistas, permita a definição de um novo padrão civilizatório, a ser institucionalizado por intermédio das políticas e instituições da Seguridade. A transição à democracia no Brasil permitiu-nos colocar como meta a retomada da ordem democrática mas não nos autorizou a resolver o dilema constitucional brasileiro,¹⁰ aprofundando a contradição entre democracia política e democracia social.

Não houve, por ocasião da Assembleia Nacional Constituinte, condições políticas de construção de um

pacto social capaz de inclusão da população excluída, que permitisse a consecução de políticas efetivas e universais de cidadania. As conjunturas adversas subseqüentes levaram a aprofundar o boicote à Seguridade Social, em diferentes frentes. No entanto, o fracasso das políticas neoliberais e a emergência de uma nova questão social, a violência, repõem as condições para repactuar a inclusão social.

A existência destas condições, dadas pela busca de um novo projeto de desenvolvimento nacional, fruto de um pacto interclasses, não nos autoriza a pensar, no entanto, que haja um fortalecimento das políticas sociais de Seguridade Social. As tentativas de alterar a posição do Estado, desde a garantia da cidadania e dos direitos sociais para mobilizar os recursos societários, implica, por um lado, em aumento das condições de envolvimento da sociedade na construção de um pacto social e, por outro lado, em retirar as políticas sociais dos marcos jurídicos e institucionais da Seguridade Social.

A preponderância da perspectiva fiscal na definição dos rumos da política econômica tem impedido o país de retomar o desenvolvimento, condição imprescindível para a incorporação de grupos populacionais e regiões, histórica-

mente, deserdados. No entanto, há a expectativa de que a questão social seja resolvida via crescimento econômico com geração de emprego, relegando a incorporação cidadã por meio de direitos sociais universais a um segundo plano. Em outras palavras, há uma visão que cada vez ganha mais força na condução governamental, na espera de que o desenvolvimento nos permita, por um lado, vincular os trabalhadores aos sistemas e benefícios sociais através de suas contribuições e, por outro lado, gere excedentes para permitir a extensão de cobertura dos programas de combate à pobreza.

Diferentemente do projeto neoliberal, que reduzia o compromisso estatal nas políticas sociais porque pretendia incentivar a ampliação dos mercados nos setores sociais, esta visão desenvolvimentista é ingênua ao supor que o crescimento econômico propiciará a inclusão social de grande parte da população, além daquela que será subsidiada diretamente pelo Estado.

É neste contexto, que se coloca de novo a necessidade de fortalecimento da Seguridade Social, como formato de inclusão social não apenas no mercado, como produtor ou consumidor, mas na condição de cidadania.

¹⁰ No sentido dado por Fábio Wanderley Reis (1988, p. 16): "trata-se de regular através do Estado a convivência entre setores e categorias que, se chegam a erigir-se em atores sociopolíticos reais, fazem-no no marco de um sistema capitalista e nos termos da dinâmica própria desse sistema".

Para aprofundar este debate e criar condições para avançar na consolidação da Seguridade Social será necessário romper alguns entraves que se consolidaram neste campo.

Em primeiro lugar, a tendência à endogenia das áreas componentes da Seguridade Social. Este fenômeno ocorre em todas elas, mas é particularmente importante na área de Saúde, já que esta área, por possuir uma dinâmica política complexa, constituída nas lutas pela democracia, teria condições de fazer avançar as demais, em uma perspectiva mais orgânica. A inclusão social será fruto de políticas integradas, com mútua implicação nas áreas de previdência, saúde e assistência, e não ocorrerá como somatório das políticas insulares.

Isto nos remete à segunda questão, que diz respeito à construção de uma institucionalidade própria para a Seguridade Social. É necessário encarar de frente esta questão, afastada a paranóia em relação a uma possível unificação de todas as áreas, e buscar analisar quais são as condições institucionais necessárias para viabilizar o fortalecimento da Seguridade Social. É imprescindível reduzir sua fragilidade frente à área econômica e também consolidar mecanismos que permitam a contaminação positiva das áreas sociais. É necessário reconhecer que a Seguridade Social não será um somatório de políticas sociais específicas e que seu desenvolvimento requer mecanismos próprios como

Conselhos, Conferências e outras formas de geração/consolidação de políticas próprias de Seguridade.

Uma terceira problemática de atualização da Seguridade Social diz respeito à convivência entre políticas seletivas no interior de sistemas universais. É preciso revisitar este tema fora dos marcos doutrinários liberais, para buscar compatibilizar direitos universais com inclusão social. Esta tensão se apresenta em todas as três áreas da Seguridade, seja nas aposentadorias subsidiadas na Previdência, seja na dicotomia existente entre programas de subsídios e a estrutura e benefícios da LOAS, seja na garantia legal de tratamentos específicos de pacientes que recorrem à justiça, embora não façam outro uso do SUS.

Certamente, existem muitas outras questões relativas ao financiamento, à gestão e à estrutura de prestação dos serviços sociais. No entanto, ao destacar aquelas mais gerais, que dizem respeito à Seguridade Social, pretendo chamar a atenção para a necessidade de construir uma agenda afirmativa que possa garantir sua consolidação e aprofundamento institucional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEVERIDGE, William. *Las Bases de la Seguridad Social*. México: Fondo de Cultura económica, 1987.

FLEURY, Sonia. *Estados sem Cidadãos*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

OLIVEIRA, Jaime; FLEURY, Sonia. *(Im)Previdência Social*, Petrópolis: Vozes, 1986.

REIS, Fábio Wanderley. "Consolidação Democrática e Construção do Estado – Notas Introdutórias e Uma Tese" In: REIS, Fábio Wanderley; O' DONNELL, Guilherme. *A Democracia no Brasil: Dilemas e Perspectivas*. São Paulo: Vértice, 1988. p. 16.

SANTOS, Wanderley G. *Cidadania e Justiça*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

VELLOSO, Raul. *Balanço da situação das contas públicas*. Rio de Janeiro: Fórum Nacional INAE, BNDES, maio, 1999.

VIANNA, Maria I. W. *Reforma da Previdência: missão ou oportunidade perdida?* In: MORTHY, Lauro (Org.). *Reforma da Previdência em Questão*. Brasília: Ed. UnB, 2003.

O Financiamento do SUS

Social Security: incomplete agenda

Elias Antônio Jorge¹

¹ Diretor do Departamento de Economia da Saúde (DES) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde (MS)

A primeira cooperativa da qual se tem notícia no Brasil organizou-se no Século XIX, em Vila Rica (atual Ouro Preto-MG). Visava assegurar aos cooperados o caixão e o velório. Buscava-se dignidade na hora de morrer.

Somente em 1923 foi criada a Previdência Social no Brasil, para garantir dignidade na hora de viver: a aposentadoria e a pensão à família do segurado (contribuinte direto).

Até a Constituição de 1988, imperou o conceito de seguro, vale dizer, como cobertura do Estado apenas para aqueles que tivessem vínculo direto e formal com o processo econômico e com a produção de bens e serviços.

A Saúde era tratada como questão de misericórdia (a grande rede de Assistência à Saúde da população era formada pelas Santas Casas de Misericórdia) e a Assistência Social como questão de caridade a cargo de associações, como a Sociedade São Vicente de Paula (SSVP),

arrecadadora de alimentos por meio da 'campanha do quilo' para distribuição aos menos favorecidos.

Até a merenda mantinha a lógica da cobertura aos incluídos no processo escolar e da exclusão de cobertura aos demais membros da família e da comunidade.

A Constituição de 1988, promulgada em 5 de outubro, pretendeu substituir o conceito de seguro (cobertura ao contribuinte direto) pelo de seguridade social (cobertura ao cidadão). O fundamento foi o de eliminar a dupla punição: exclusão do processo econômico formal e da cobertura do Estado. A Previdência Social, a Assistência Social e a Saúde foram reconhecidas como direitos nos termos dos artigos 194 a 204.

A partir desta Constituição, o direito à Assistência Social e à Saúde não depende de contribuição direta do beneficiário. Além disso, a saúde foi reconhecida como bem de relevância pública, o que a torna tam-

bém responsabilidade do Ministério Público Federal e Estadual.

Ao introduzir o conceito de Seguridade Social, o Constituinte de 1988 buscou estabelecer uma base sólida de financiamento para a seguridade como um todo, por meio de contribuições sociais (fontes), recolhidas pelas empresas sobre a folha de pagamento (Fonte 154), o faturamento (Fonte 153) e o lucro líquido (Fonte 151).

Estas receitas são arrecadadas pelo Governo Federal, por meio do recolhimento das empresas, porém quem paga em última instância é o consumidor final do produto ou do serviço, uma vez que a planilha de custos inclui os valores previstos das contribuições nos preços finais.

Logo, é totalmente coerente e consistente a determinação constitucional do parágrafo único do Artigo 1º: que o uso destes recursos seja definido pela sociedade por meio de 'seus representantes ou diretamente', uma vez que a origem dos re-

cursos é a própria sociedade. Este princípio é reafirmado e consolidado no capítulo da Seguridade Social (artigos 194 a 204).

Apenas as três principais contribuições sociais têm arrecadação de R\$138 bilhões prevista para 2003, sendo R\$79,3 bi sobre a folha, R\$48,7 bi sobre o faturamento e R\$10,0 bi sobre o lucro líquido.

Além dessas três contribuições sociais, estão previstas para 2003 a arrecadação de R\$12,6 bi do PIS/PASEP na Fonte 140 (60% para o Fundo de Amparo ao Trabalhador – FAT e 40% para o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social – BNDES), a arrecadação de R\$23,8 bi da CPMF na fonte 155 (cerca de R\$0,5 bi para a Saúde, R\$4,6 bi para a Previdência, R\$5,0 bi para o Fundo de Combate à Pobreza e R\$3,7 bi para Desvinculação das Receitas da União – DRU), entre outras fontes de menor significado orçamentário.

No texto permanente da Constituição Federal de 1988, não foi possível assegurar uma vinculação específica de recursos para a Saúde, entretanto, no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), no Artigo 55, ficou estabelecido que: “Até que seja aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias, 30%, no mínimo, do orçamento da Seguridade Social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao Setor Saúde.”

Caso este dispositivo fosse aplicado em 2003, a dotação orçamentária do Ministério da Saúde seria

superior a R\$50 bilhões. Este será, aproximadamente, o valor para financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2004, caso haja cumprimento integral da Emenda Constitucional 29 (EC-29) pela União, pelo Distrito Federal (DF), pelos estados e municípios.

As Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) para 1990, 1991, 1992 e 1993 reproduziram apenas o disposto no Artigo 55 do ADCT/Constituição Federal de 1988.

Apesar disso, as Leis Orçamentárias Anuais de 1990, 1991, 1992 e 1993 não respeitaram o disposto na LDO respectiva e a crise de financiamento da Saúde de 1992 eclodiu, sendo sanada com o empréstimo cedido pelo FAT. Em 1993, a crise foi agravada, pois além de não cumprir o disposto na LDO (30% do Orçamento da Seguridade para o Setor Saúde), o Ministério da Previdência suspendeu o repasse dos valores arrecadados pelo INSS e previstos para a Saúde. Foi decretado, pelo Presidente, estado de calamidade pública e, recorreu-se novamente a empréstimo financeiro no FAT. O Ministério da Saúde, na gestão do Dr. Jamil Haddad, passou a exigir o cumprimento da LDO (30% do OSS para a Saúde) nas negociações com a área econômica. O resultado foi o veto presidencial a este dispositivo na LDO/1994.

No Congresso Nacional, os Deputados Eduardo Jorge, Waldir Pires e outros apresentaram a Propos-

ta de Emenda à Constituição (PEC) 169 (10% da Receita de Impostos da União, do Distrito Federal, dos estados e municípios e 30% do Orçamento da Seguridade Social).

No Conselho Nacional de Saúde (CNS) são aprovadas as Resoluções 67 e 68 que tratam de diretrizes para elaboração do orçamento da saúde e da vinculação constitucional de recursos (10% da Receita de Impostos e 30% das Receitas da Seguridade Social).

Outras propostas de Emenda Constitucional foram apresentadas pelo Deputado Carlos Mosconi (100% da Fonte 151 – lucro líquido e da Fonte 153 – faturamento) e pelo Deputado Pinotti (5% do PIB).

A Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados criou uma comissão especial, cujo relator foi o Deputado Darciso Perondi, que tentou tornar compatíveis as três propostas. Este trabalho abriu caminho para uma nova tentativa, em 1999, tendo como relator o Deputado Ursicino Queiroz, que resultou na PEC 82-A da Câmara. Essa PEC previu para a União um valor mínimo, em 2000, não inferior ao montante empenhado em 1999, corrigido em 5%. E para os anos subseqüentes, até 2004, o valor empenhado no ano imediatamente anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Ou seja, para 2001, o orçamento deveria ser o empenhado em 2000, corrigido pela variação nomi-

nal do PIB de 2000 sobre o PIB de 1999 (à época prevista em 13%).

O orçamento de 1999 foi de R\$18 bilhões e com a correção de 5% aumentaria para R\$19 bilhões em 2000. Entretanto, a execução orçamentária de 2000 da União, para cumprir a EC-29 foi de R\$20 bilhões, portanto, a definição do orçamento de 2001 deveria partir de R\$20 bilhões.

A área econômica do governo entendeu de forma diferente e pretendeu que o ano anterior a 2001 não era 2000, mas sim 1999, corrigido em 5%. Isso diminuiria o montante em R\$1 bilhão. Além disso, a variação nominal prevista do PIB de 2001 sobre o PIB de 2000 era de 9%. Mais uma vez, a área econômica entendeu que deveria tomar a variação nominal do PIB, que só seria conhecida em 2002, após o encerramento do exercício de 2001. Com isso, rebaixava-se o montante da EC-29 em outros R\$800 milhões (13% - 9% = 4% de R\$20 bilhões).

O Conselho Nacional de Saúde convidou a Associação dos Tribunais de Contas (ATRICON), o Ministério Público Federal, as Assessorias da Câmara e do Senado, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), e várias secretarias do Ministério da Saúde para discutirem este impasse e outras questões, tais como a vigência da EC-29 e os critérios de progressão percentual para municípios, estados e DF alcança-

rem, respectivamente, os 12% e os 15% da Receita de Impostos destinados a ações e serviços públicos de saúde. Tornou-se relevante definir o que poderia e o que não poderia ser considerado como 'ações e serviços públicos de saúde'.

Deste esforço, surgiu, em julho de 2001, o documento *Parâmetros Consensuais para Regulamentação e Implementação da EC-29*.

Em setembro de 2001, foi realizado um seminário no Ministério da Saúde, que contou com representantes de quase todos os Tribunais de Contas do País, em que se utilizou como texto-base o documento *Parâmetros Consensuais*. A busca de consenso continuou no 2º seminário com os Tribunais de Contas, em dezembro de 2001, na sede da OPAS.

A execução orçamentária da União, em 2001, foi bem superior àquela que a área econômica pretendeu impor ao Ministério da Saúde, mas inferior em R\$560 milhões ao mínimo assegurado constitucionalmente. Além disso, a dotação inicial do Orçamento de 2002 era bem inferior ao mínimo assegurado pela EC-29.

Em abril de 2002, o CNS aprovou a Resolução 316, cuja redação final foi objeto de nova rodada de ajustes entre os representantes dos Tribunais de Contas.

A Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados encaminhou uma consulta ao Tribunal de Contas da União (TCU)

que, na Decisão 143/2002, reconheceu no relatório e no voto da decisão que as posições sobre o ano imediatamente anterior, sobre o valor empenhado superior ao mínimo assegurado constitucionalmente e sobre qual variação nominal do PIB deveria ser considerada, tinham formulação correta na Resolução 316 do CNS (homologada pelo Ministro Humberto Costa em 2003, com o 322).

O Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que foi importante no processo de discussão da EC-29, vem acompanhando, sistematicamente, por meio de dados de Balanço e de sua alimentação regular, o cumprimento da EC-29, nos termos da Resolução 322 do CNS. Evidencia-se, em geral, um aporte maior de recursos, embora persistam operações de inclusão de despesas alheias (inativos, por exemplo) e exclusão de receitas (renúncias fiscais, por exemplo).

Há no Senado o Projeto de Lei do Senador Tião Viana e na Câmara o Projeto de Lei do Deputado Roberto Gouveia, para regulamentação da EC-29.

O CNS atribuiu à Comissão de Orçamento e Financiamento (COFIN) a tarefa de acompanhar o processo de regulamentação.

O Ministério da Saúde constituiu uma comissão especial com a finalidade de formular propostas de diretrizes para a regulamentação da EC-29 e encaminhá-las ao CNS para análise e posicionamento. A partir

disso, construir um consenso, no âmbito do Executivo em interação com o Legislativo.

A Câmara Técnica do SIOPS tem como atribuição o acompanhamento da regulamentação e da implementação da EC-29.

Existe um processo interno de socialização dos subsídios construídos nessas instâncias e uma articulação com os autores das propostas de lei e seus relatores.

É necessário que esse processo seja intensificado, visando salvar o financiamento do SUS das interferências negativas da Reforma Tributária – desvinculação de recursos – e garantir a definição de parâmetros seguros e duradouros a partir de 2005.

A Conferência Nacional de Saúde e as Conferências Preparatórias devem ser espaços privilegiados para a discussão do tema.

Transgênicos: decisões açodadas envolvendo uma questão de perigo que exige maior segurança¹

Transgenic: diligent decisions involving a matter of danger that requires greater security

A questão dos alimentos contendo organismos geneticamente modificados ou seus derivados tem merecido grande destaque na mídia e nas discussões políticas dos últimos anos. Nesses dias, no entanto, a aceleração de decisões cruciais para o futuro da saúde, do meio ambiente e da economia nacionais motiva um posicionamento crítico e responsável por parte do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

No campo da saúde, não há como deixar de apontar os ainda restritos conhecimentos e avaliação científica sobre os impactos dos transgênicos. Vários aspectos devem ser assinalados, desde a falta de clareza institucional sobre os fóruns decisores até a ausência de uma política de biossegurança e de pesquisa de instituições independentes sobre os impactos ambientais e sobre os riscos para a saúde humana. A regulação da rotulagem de produtos, atrelada a um efetivo programa de vigilância pós-comercialização e o controle ambiental constituem o mínimo que se poderia exigir para que os riscos fossem conhecidos pelos indivíduos e pela sociedade brasileira.

No campo econômico, a falta de clareza sobre políticas comerciais nacionais pode resultar em graves prejuízos ao país. A disjuntiva que se coloca é: ou buscar um mercado de consumidores que se propõe a pagar mais por um produto seguro, ou direcionar a produção para mercados menos exigentes, que aceitam o produto transgênico. Em cada caso, as decisões de produção serão distintas. A convivência das duas vocações é problemática, o que se agrava com a ausência de condições estritas de certificação de produtos. Como grande produtor das principais *comodities* transgênicas, possuímos todas as condições necessárias para estabelecer uma política que atenda aos interesses nacionais.

No campo do direito e das responsabilidades, é altamente questionável a eficácia de que produtores e comercializadores da soja transgênica sejam responsabilizados pelos danos à saúde e ao meio ambiente. Além de inaplicável, a medida cria uma falsa sensação de que os 'culpados' pagarão pelos malefícios, retirando do Estado a responsabilidade na condução das políticas. Ao contrário, é nossa posição que o Estado não se furte ou transfira responsabilidades sobre suas decisões que afetam diretamente a saúde da população, conforme o mandamento constitucional: SAÚDE É DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO.

É um engano achar que a Medida Provisória produzirá efeitos apenas até o fim do ano de 2004. Embora o texto republicado contenha salvaguardas sobre a preservação da biodiversidade, dos mananciais e das áreas indígenas, a área plantada com sementes geneticamente modificadas deve crescer, o que aponta para o fortalecimento dos interesses econômicos na a prorrogação da permissão de plantio e comercialização da soja

¹ Esta nota, produzida pela Diretoria do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) no auge da aprovação da Medida Provisória 131 – sobre os transgênicos –, contou com a revisão do professor Silvio Valle, pesquisador sênior da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e coordenador do Curso de Biossegurança, a quem agradecemos as contribuições.

transgênica para depois de 31 de dezembro de 2004. A transitoriedade legal deverá aumentar a pressão para sua efetivação como permissão permanente.

Outro aspecto importante é que de forma pioneira foi autorizado o plantio de uma 'soja pirata', e não se permitiu o plantio da soja original, o que além de ser um contra-senso, coloca o seguinte cenário: se até o final de 2003 e no mais tardar início de 2004 for aprovado o plantio comercial, não teremos sementes certificadas para o plantio e a única saída para o executivo será o de baixar outra medida provisória legitimando ainda mais a pirataria.

Pior, no entanto, é acelerar decisões sobre o uso dos transgênicos sem que o debate ocorra em um ambiente institucional que permita a expressão dos interesses da população de forma ampla e na ausência das sociedades científicas e organizações de defesa da saúde e do consumidor. Certamente, não será no aqodamento do debate político, que pareceu nortear os últimos acontecimentos, que a sociedade brasileira logrará encontrar os melhores caminhos para enfrentar uma questão tão complexa e que envolve tantos interesses econômicos.

Não se trata, aqui, de assumir uma posição contrária ou favorável aos transgênicos. Trata-se de questionar o processo de discussão da Medida Provisória e sua publicação. O posicionamento do CEBES é de que as grandes decisões da sociedade e de seu futuro devem ser tomadas em fóruns qualificados com o máximo de esclarecimento da população. Neste caso, é inadiável que investimentos públicos sejam destinados a pesquisas científicas sobre a biossegurança de processos e produtos oriundos da tecnologia do ADN, cujos resultados tenham ampla divulgação e discussão na sociedade de forma a embasar as decisões futuras.

Com relação ao impacto na saúde dos trabalhadores e da população em geral, alertamos que a MP 131 aprovou o uso da soja transgênica resistente ao agrotóxico glifosato, mas, como esse agrotóxico é lançado sobre a planta (aplicação pós-emergência), ainda não temos estudos no Brasil sobre o efeito da aplicação do produto nessas condições. Em suma, a medida legalizou a semente, mas o agrotóxico usado sobre a semente continua ilegal perante aos órgãos de saúde pública.

Existe a necessidade premente de que o Ministério da Saúde, por intermédio da ANVISA, tenha uma postura pró-ativa com relação à adoção na dieta alimentar humana do brasileiro, considerando a existência do decreto de rotulagem de alimentos contendo OGM e seus derivados, e a necessidade de colocá-lo em prática, visto que apesar de existir, até a presente data, a proibição de plantio comercial, o país é um importador de alimentos contendo derivados de OGM de países que autorizam a sua comercialização sem a exigência de rotulagem.

A Diretoria Nacional

Carta Aberta ao Presidente Luis Inácio Lula da Silva

Open Letter to President Luis Inácio Lula da Silva

Prezado Presidente,

Com todo o respeito, o senhor está inteiramente equivocado: não somos ‘lobistas da Saúde’. Pelo menos, não o somos no sentido em que o senhor utilizou a palavra ‘lobista’. Os *lobbies*, grupos de defesa de interesses privados, cujos representantes articulam-se com o poder público por meio de parlamentares, são mecanismos que a sociedade civil lança mão para apresentar e reivindicar demandas e desejos. Nos Estados Unidos, sua atuação é conhecida (e reconhecida). Ao mesmo tempo em que representam interesses coletivos, estes são de natureza privada, ou seja, são desejos e aspirações dos mais diversos grupos e nem sempre, é bem verdade, objetivam o interesse público ou aspiram o bem comum.

Mas, no sentido que o senhor conferiu ao termo, os *lobbies* seriam grupo de pressão em defesa de interesses privados, corporativos, visando obter favores ou privilégio – em particular, de ordem econômica. Esse, definitivamente, não é o caso do movimento da Reforma Sanitária, nem daqueles que vêm resistindo à incorporação de verbas do Fundo do Combate à Pobreza e as destinadas ao saneamento básico no orçamento da Saúde para 2004.

Permita-me contar-lhe brevemente uma parte da história do Brasil que seu ministro da Fazenda, dr. Palocci, como médico sanitário, deve conhecer e lembrar: o movimento da Reforma Sanitária, cuja origem remonta ao ano de 1976 – quando foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em plena ditadura militar –, tinha como lema “Saúde e Democracia” e propunha que a saúde fosse direito de todos os cidadãos e um dever do Estado. Para isso, era necessário unificar a Saúde Pública sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, com a assistência médica da Previdência Social. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) era necessária para romper com a barreira que impedia que enormes contingentes da população, alijados do mercado formal de trabalho, pudessem obter atenção à saúde.

Desde aquela época, numerosas associações, como a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), entidades como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), parlamentares de partidos de todos os espectros ideológicos, profissionais de saúde e diversos movimentos sociais, resistindo às mais diversas pressões de caráter conservador, neoliberal e corporativo envolveram-se na construção do SUS, confiando na garantia da universalização do direito à Saúde e na oferta de atenção à saúde com qualidade.

Boa parte dessa luta esteve e está relacionada com os recursos destinados à Saúde. Desde a Constituição, passando pela criação da CPMF até a aprovação da EC 29, nossos esforços têm sido direcionados a obter os recursos necessários para que a população brasileira possa ter acesso a ações e serviços de saúde. Não para obter benefícios

pessoais ou corporativos, não para ajudar hospitais, empresas ou grupos econômicos. Para viabilizar o SUS, para garantir um mínimo de saúde, é necessário aumentar o orçamento da Saúde. É fácil de entender: os recursos destinados para a saúde de cada cidadão brasileiro por dia equivalem a cerca de 70 centavos de real. Como bem exemplificou o ex-deputado federal Eduardo Jorge, é como dar o dinheiro da condução de ida para a escola e dizer aos nossos filhos que se virem para voltar para casa.

Saúde, assim como a educação, é fundamental para a inclusão social. Temos total consciência que boas condições de Saúde não dependem exclusivamente dos serviços de saúde. Concordamos, integralmente, que o combate à fome e saneamento básico são imprescindíveis para a Saúde, e de que constituem políticas de Saúde. Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, defendemos o conceito ampliado de Saúde que exige políticas intersectoriais. Não temos divergências a esse respeito. Nossa posição, entretanto, é que novos recursos devem ser somados àqueles constitucionalmente destinados à Saúde. Essa é a nossa divergência: para cumprir o estabelecido por meio da EC 29 em relação às verbas para a Saúde julgamos que sejam incorporadas essas ações. O que desejamos – e o que a população precisa – é que, além dos recursos para a Saúde, o orçamento de 2004 destine verbas próprias para as ações de combate à fome e para saneamento básico.

Não somos lobistas, senhor presidente. Não no sentido utilizado. Pelo contrário. Ao longo de todos esses anos, nossa luta e nossas ações como servidores públicos no verdadeiro sentido do termo (servir ao povo) conseguiram transformar a Saúde em uma 'questão nacional'. Ou seja, como nos indica Gramsci, uma questão torna-se nacional à medida que supera todo o corporativismo e é portadora de um projeto global de sociedade.

Esse tem sido o nosso principal objetivo. A reforma sanitária, a única reforma democrática do Estado brasileiro na última década, traz consigo um projeto de transformação da sociedade, de mudança de valores, em que a qualidade de vida dos cidadãos está em primeiro lugar, é o primeiro ponto de pauta, é o nosso objetivo primordial. "O projeto da Reforma Sanitária é um projeto civilizatório, que, para se organizar, precisa ter dentro dele valores que nunca devemos perder, pois o que queremos para a Saúde queremos para a sociedade brasileira", nos ensinou Sergio Arouca.

Todos nós, senhor presidente, de maneira suprapartidária, estamos nessa luta. Luta essa que estamos seguros, o governo pelo senhor presidido, tem condições de desenvolver. Conte conosco, mas, sobretudo, não feche os olhos à nossa história, nossos propósitos e nossas ações cotidianas por melhores condições de saúde da população brasileira.

Atenciosamente,

Sarah Escorel

Médica sanitarista; pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: um olhar sobre os acontecimentos

1st National Conference of Medications and Pharmaceutical Assistance: an eye on the news

Maria Ceci Misoczky¹

André Porto²

José Augusto Barros³

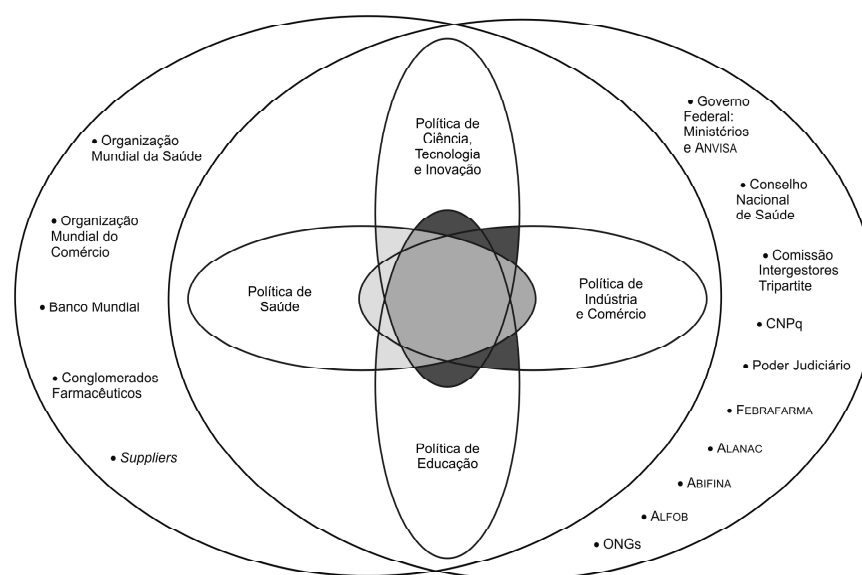
¹ Delegada do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) na Conferência, docente e pesquisadora da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

² Coordenador de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre(RS), mestrando em Gestão da Assistência Farmacêutica (PPGCF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

³ Delegado do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) na Conferência

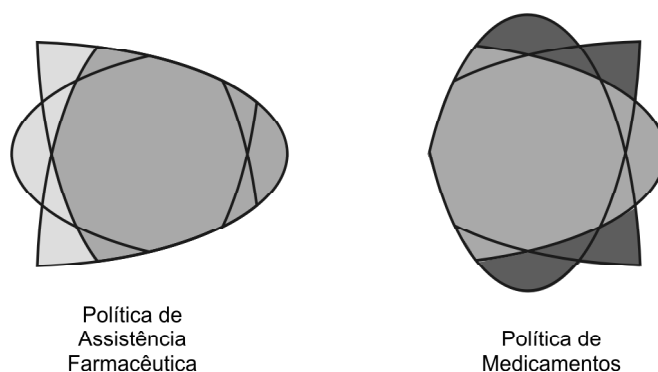
Diversos atores estão envolvidos no processo de formação das políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica no Brasil. Na Figura 1, tem-se uma imagem esquematizada desse campo, na qual estão posicionados os principais atores e delimitadas as políticas setoriais que incidem sobre o processo. A seleção dos atores incluiu a consideração de sua força, no momento presente, para influir na configuração do campo. Estes atores são dotados de recursos díspares de poder e encontram-se, muitas vezes, em posições de confronto devido à existência de interesses contraditórios.

FIGURA 1 – O campo da formação das políticas de medicamentos e assistência farmacêutica (PORTO, 2003)



Observa-se que a política de assistência farmacêutica faz parte da política de saúde, enquanto a de medicamentos a extrapola, sendo formada pela inter-relação entre diversas políticas setoriais, ainda que se superponha, parcialmente, à política de assistência farmacêutica, conforme mostra a Figura 2.

FIGURA 2 – Interfaces que configuram as políticas de assistência farmacêutica e de medicamentos (PORTO, 2003)



Esta 1ª Conferência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica é fruto de uma demanda de vários anos. Reuniu mais de mil pessoas para discutir e elaborar proposições. No espaço da Conferência, se encontravam organizações de representação:

- da indústria em geral, da indústria nacional privada e estatal, do comércio;
- de usuários como, por exemplo, aposentados e pensionistas, portadores de deficiência e patologias, defensores dos direitos da mulher e dos povos indígenas;
- de conselhos de saúde de diversos estados e municípios, e do Conselho Nacional de Saúde;
- do poder público, incluindo diversos ministérios, agências, instituições formadoras e de pesquisa, bem como gestores da saúde dos estados e municípios;
- do Legislativo e do Judiciário;
- dos trabalhadores de saúde, com destaque óbvio para os farmacêuticos;
- de prestadores de serviço, de planos e seguros de saúde;
- de entidades nacionais como CEBES, ABRASCO, SOBRAVIME, IDEC, CONTAG, entre outras.

Chamou a atenção a presença de delegados usuários com posições extremamente combativas e capacidade de auto-organização. Um exemplo de combatividade foi a atuação dos representantes de portadores de deficiência, que se encontravam em número bastante reduzido e que, no entanto, foram capazes de incluir diversas propostas em defesa de seus interesses. Outro exemplo é a capacidade de apor argumentos construídos a partir da vivência em contraposição aos discursos construídos com recursos retóricos de cientificidade. Tais situações ganhavam vulto em momentos de oposição dos usuários frente ao discurso dos produtores privados de medicamentos.

No tema “Acesso à assistência farmacêutica: a relação dos setores público e privado de atenção à saúde”, predominaram as propostas para a ampliação dos recursos financeiros e da autonomia de estados e municípios como gestores; as propostas para a qualificação dos serviços no nível municipal, alterando a ainda intensa ênfase no medicamento; aquelas visando acabar com a fragmentação dos programas (Programa Saúde da Família - PSF, hiperdia, saúde da mulher, saúde mental, etc.) e a constituição de um único programa de assistência farmacêutica, com estados e municípios podendo gerir sua implementação; e propostas para incentivos à produção de genéricos, e incentivos à produção dos laboratórios oficiais, aumentando a disponibilidade a custos menores.

No tema “Pesquisa e desenvolvimento tecnológico para a produção de medicamentos”, predominaram as propostas para a diminuição da dependência externa do país e para o incentivo à produção de fitoterápicos. Nesta perspectiva, foram apresentadas proposições que tratam do incentivo ao desenvolvimento da química fina; da qualificação e ampliação da produtividade dos laboratórios nacionais, especialmente os públicos; da proteção do patrimônio genético nacional; da produção de hemoderivados. Com relação ao tema das patentes, foi marcante a controvérsia quanto a sua revisão ou revogação. Sobre a produção de fitoterápicos foram feitas propostas sobre fomento à pesquisa, desenvolvimento tecnológico e produção; e sobre a implantação da fitoterapia no SUS.

No tema “Qualidade na assistência farmacêutica, formação e capacitação de recursos humanos” ocorreram diversos momentos de embate, no Plenário, em torno de aspectos corporativos, como a regulamentação da atividade de técnico de farmácia, que acabou derrotada por pequena margem de votos. No aspecto ‘formação e capacitação’, destacaram-se as discussões em torno da necessária interdisciplinaridade.

Alguns temas, no entanto, ficaram ausentes ou foram apenas tangenciados.

Para entender melhor o desenho desta 1ª Conferência, vamos recorrer mais uma vez à Figura 1. Nela, percebe-se logo a relevância de atores que se encontram no cenário internacional e que têm grande influência sobre a configuração do campo no Brasil. Em algumas proposições, percebeu-se uma visão ingênua sobre o papel de alguns deles – esse foi o caso, por exemplo, da suposição de que o Banco Mundial poderia apoiar a obtenção de fármacos essenciais ou, em outro exemplo, a instalação de indústrias farmoquímicas. Ainda que estas propostas tenham sido destacadas e modificadas em Plenário, são indicativas da necessidade de que se disseminem mais informações a esse respeito.

Outro tema abordado de modo superficial foi o da relação com a política de saúde. A interdependência entre a estrutura do gasto com medicamentos e o modelo de atenção à saúde, estimulado pelas Normas Operacionais, não aparece nas discussões sobre assistência farmacêutica, ali tratada como se fosse uma política com relativa autonomia.

Com relação à dinâmica do encontro, é preciso dizer que, em proporção ao tempo destinado a conferências e palestras, o espaço para os grupos de trabalho foi bastante reduzido, coisa parcialmente superada pelo afã dos delegados, que ficavam além do horário previsto para o funcionamento dos grupos.

Certamente, o balanço final sobre a Conferência é muito positivo, em especial, voltamos a dizer, pela presença e interesse das representações de usuários em participar e decidir sobre o tema. Ficou claro que as diversas proposições enfatizaram a necessidade de um amplo e efetivo controle social sobre a assistência farmacêutica.

Espera-se que o relatório final, com um conjunto de propostas que detalharam o aprofundamento das discussões iniciadas nas Conferências Estaduais e Municipais, sirva de fato de norte às instâncias de governo responsáveis pela implementação, da assistência farmacêutica que se requer para tornar o SUS cada vez mais importante para a população brasileira.

Entre os componentes da atenção integral à saúde, certamente os medicamentos, utilizados de modo racional e adequado, constituem um elemento imprescindível. Esta Conferência representou, nesse sentido, uma contribuição importante para que ocorram avanços neste campo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PORTO, André. *Produção estatal de medicamentos e regulação do mercado farmacêutico*. Projeto de Dissertação apresentado ao Curso de Mestrado Profissionalizante em Gestão da Assistência Farmacêutica PPGCF-UFRGS, maio de 2003.

Convocatória do IX Congresso da Associação Latino-americana de Medicina Social (ALAMES)

Call for the 9th Latin-American Association Social Medicine (ALAMES) Congress

SAÚDE, UM DIREITO A CONQUISTAR

Agenda para a Medicina Social Latino-americana: Garantir a Saúde para Todos(as) em um Mundo em Crise

Agosto de 2004

Lima, Peru

Estimados(as) Amigos(as):

Temos o prazer de informar-lhes que em agosto de 2004 realizar-se-á em Lima o IX Congresso Latino-americano de Medicina Social, que se desenvolverá simultaneamente com a II Conferência Nacional de Saúde do Peru.

Neste IX Congresso, no qual estaremos comemorando os 20 anos de existência da ALAMES, daremos continuidade à longa tradição crítica e inovadora da medicina social latino-americana, cujos Congressos têm sempre se pautado no debate da realidade social e sanitária do Continente e no empreendimento de iniciativas em prol da saúde de nossos povos.

Em meio a vertiginosas e profundas transformações, foram aprofundados antigos problemas e apareceram novos. O fracasso das reformas neoliberais tornou mais evidentes os desafios para o crescimento e o desenvolvimento, e mais claros os níveis crescentes de iniquidade. Aumentou a instabilidade de nossos países, fragilizando ou postergando para o futuro a possibilidade de que muitas pessoas possam exercer seus direitos, gerando um profundo mal-estar para todos os cidadãos neste atormentado começo do século XXI.

Neste contexto, devemos enfrentar no IX Congresso os complexos problemas da saúde contemporânea e dos sistemas de saúde. Os desafios se estabelecem em várias dimensões:

- na construção de uma agenda política capaz de afirmar o direito à saúde como tema central em nossos países;
- na concentração de alianças potentes e duradouras, baseadas em um compromisso programático, que dêem vida a movimentos sociais em saúde;
- na afirmação e renovação da medicina social como campo de conhecimentos e práticas sociais;
- no balanço crítico e fortalecimento de nossa Associação em seus 20 anos de existência como movimento acadêmico, político e social.

Realizar este IX Congresso conjuntamente com a II Conferência Nacional de Saúde do Peru valoriza a luta que se vem travando no Peru pelo direito à saúde e nos dá a oportunidade de nos apoiarmos mutuamente, fazendo com que

o IX Congresso se comprometa com um movimento social nacional significativo, e contribuindo para que a luta peruana se situe no contexto das lutas latino-americanas pela saúde.

Convidamos a todos(as) para participar ativamente da construção deste IX Congresso, de seu processo e do evento final. Será uma grande oportunidade para analisarmos nossas realidades e buscarmos respostas num fórum que garantirá a presença maciça de pesquisadores, professores, profissionais, gestores, dirigentes governamentais, estudantes, militantes e líderes sociais, todos(as) motivados(as) pelo compromisso com o direito universal e equitativo à saúde, como já é tradição em nossos Congressos. Tenham, além disso, a certeza de que estaremos fazendo tudo que for necessário para garantir um clima agradável e frutífero para todos(as).

Armando De Negri Filho, Coordenador Geral da ALAMES

Sandra Vallenias, Presidenta da Comissão Organizadora do IX Congresso

ASSOCIE-SE AO CEBES E RECEBA AS NOSSAS REVISTAS

O CEBES tem duas linhas editoriais. a revista *Saúde em Debate*, que o associado recebe quadrimestralmente em abril, agosto e dezembro, e a *Divulgação em Saúde para Debate*, cuja edição tem caráter temático, sem periodicidade regular.

QUEM SOMOS

Desde a sua criação em 1976 o CEBES tem como centro de seu projeto a luta pela democratização da saúde e da sociedade. Nesses 27 anos, como centro de estudos que aglutina profissionais e estudantes, seu espaço esteve assegurado como produtor de conhecimentos com uma prática política concreta, em movimentos sociais, nas instituições ou no parlamento.

Durante todo esse tempo, e a cada dia mais, o CEBES continua empenhado em fortalecer seu modelo democrático e pluralista de organização; em orientar sua ação para o plano dos movimentos sociais, sem descuidar de intervir nas políticas e nas práticas parlamentares e institucionais; em aprofundar a crítica e a formulação teórica sobre as questões de saúde; e, em contribuir para a consolidação das liberdades políticas e para a constituição de uma sociedade mais justa.

A produção editorial do CEBES é resultado do trabalho coletivo. Estamos certos que continuará assim, graças a seu apoio e participação.

A ficha abaixo é para você tornar-se sócio ou oferecer a um amigo! Basta enviar a taxa de associação (anuidade) de R\$ 80,00 (oitenta reais) em cheque nominal e cruzado, junto com a ficha devidamente preenchida, em carta registrada, ou solicitar, nos telefones ou e-mail abaixo, o envio do boleto bancário. É possível também efetuar o pagamento por cartão de crédito. Consulte a secretaria do CEBES sobre esta forma de pagamento.

CORRESPONDÊNCIAS DEVEM SER ENVIADAS PARA

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Diretoria Nacional – Av. Brasil, 4.036 – Sala 802 – Mangueiras – 21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Tel.: (21) 3882-9140 e 3882-9141 – Fax.: (21) 2260-3782

www.ensp.fiocruz.br/parcerias/cebes/cebes.html

E-mail: cebes@ensp.fiocruz.br

FICHA DE INSCRIÇÃO (preencher em letra de forma) Valor: R\$ 80,00

Para efetuar depósito: Caixa Econômica Federal – Agência: 1343 C/C: 0375-4 Operação: 003

ou Banco do Brasil, Agência 4220-X C/C: 14137-2 CNPJ: 48.113.732/0001-14

Pagamento de Anuidade	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------

Nome: _____

Nova Associação	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------

Rua/Av.: _____

Atualização de Endereço	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ UF: _____

Tel.: () _____ Fax.: () _____

Cel.: _____ E-mail: _____

Local de Trabalho: _____

Profissão: _____

Data de Inscrição: _____ Assinatura: _____

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

SAÚDE EM DEBATE

Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), voltada para a área de Saúde Pública e Saúde Coletiva, publicada quadrimestralmente em abril, agosto e dezembro, é distribuída a todos os associados em situação regular com a tesouraria do CEBES.

Aceita trabalhos inéditos sob forma de artigos originais, artigos de opinião, artigos de revisão ou de atualização, relatos de casos e resenhas de livros de interesse acadêmico, político e social.

Os textos enviados para publicação são de total e exclusiva responsabilidade dos autores.

É permitida a reprodução total ou parcial dos artigos desde que identificada a fonte e a autoria.

A publicação dos trabalhos está condicionada a pareceres de Membros do Conselho Editorial e do quadro de Pareceristas *Ad-Hoc* (através do sistema *duplo cego*). Eventuais sugestões de modificações da estrutura ou do conteúdo, por parte da Editoria, serão previamente acordadas com os autores. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois que os trabalhos forem entregues para a composição.

ARTIGOS

Seqüência de Apresentação do Texto

1. Título em português e em inglês. O título deve expressar claramente o conteúdo do artigo.

2. Folha de apresentação com nome completo do(s) autor(es), endereço, e-mail e no rodapé as referências profissionais (contendo filiação institucional e titulação). Quando o artigo for resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora.

3. Resumo em português e inglês (abstract), em que fique clara uma síntese dos propósitos, dos métodos empregados e das principais conclusões do trabalho; descritores (descriptors), mínimo de três e máximo de cinco palavras, não ultrapassando o total de 700 caracteres (aproximadamente 120 palavras). Para os descritores utilizar os apresentados no vocabulário estruturado (DECS), encontrados no endereço <http://decs.bvs.br>. Caso não sejam encontrados descritores disponíveis para a temática do artigo, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

4. Artigo propriamente dito.

a) as marcações de notas de rodapé no corpo do texto, deverão ser sobrescritas. Ex.: Reforma Sanitária¹

b) para as palavras ou trechos do texto que são destacados a critério do autor, utilizar aspas simples. Ex.: 'porta de entrada'.

c) quadros e gráficos deverão ser apresentados, também, em folhas separadas do texto, numerados e titulados corretamente com indicações das unidades em que se expressem os valores e com as fontes correspondentes.

d) os autores citados no corpo do texto deverão estar escritos em caixa baixa (só a primeira letra maiúscula), observando-se a norma da ABNT NBR 10520: 2001 (disponível em bibliotecas). Ex.: Conforme Mario Testa (2000).

e) as referências bibliográficas no corpo do texto, deverão ser apresentadas entre parênteses em caixa alta seguidas do ano e, se possível, da página. Ex.: (MIRANDA NETTO, 1986; TESTA, 2000, p. 15).

5. Referências Bibliográficas deverão ser apresentadas no final do artigo, observando-se a norma da ABNT NBR 6023:2000 (disponível em bibliotecas). Exs.:

CARVALHO, Antonio Ivo. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In.: FLEURY, Sônia Maria Teixeira (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 93-112.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M.; JACOBI, Pedro. Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo. *Saúde em Debate*, n. 38, 1993. p. 90-93.

DEMO, Pedro. *Pobreza política*. São Paulo: Cortez, 1991. 111p.

EXTENSÃO DO TEXTO

O artigo propriamente dito deve conter até 15 laudas. Os artigos que ultrapassarem este total serão devolvidos aos autores.

Obs.: 1 lauda tem 1400 caracteres (com espaço), portanto a cada 20 linhas de 70 caracteres resulta em 1 lauda. Na carta de apresentação do artigo, o(s) autor(es) deve(m) mencionar o número de laudas.

RESENHAS

Serão aceitas resenhas de livros de interesse da área de Saúde Pública e Saúde Coletiva, a critério do Conselho Editorial. Devem dar uma noção do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, em até três laudas.

ARTIGOS DE OPINIÃO

Serão aceitos trabalhos referentes a textos publicados na revista ou a assuntos de conjuntura de interesse nacional. Serão publicados a critério do Conselho Editorial. Devem conter até 7 laudas.

ENVIO DO ARTIGO

1. Os trabalhos para apreciação do Conselho Editorial devem ser enviados à Secretaria Executiva do CEBES – Av. Brasil, 4036 – sala 802 – CEP: 21040-361 Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (21) 3882-9140 e 3882-9141

Cel.: (21) 9738-4101

Fax.: (21) 3104-7251

2. Deverão ser apresentados impressos em 03 (três) vias e em disquete. Aceitaremos textos no programa *Word for Windows*.

3. Os gráficos e/ou tabelas deverão ser apresentadas em arquivo separado, no mesmo disquete.

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

SAÚDE EM DEBATE

Journal of the Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) which focuses on Public Health and Collective Health, published every four months: April, August and December, and distributed to all associated individuals up-to-date with CEBES' treasury.

It accepts original studies in the form of original articles, opinion articles, review or update articles, case studies and critical book reviews of academic, political or social interest.

Texts sent for publishing are responsibility of the authors.

Total or partial reproduction of articles is permitted, as long as both authorship and source are identified.

Publication of articles is subject to approval by the Editorial Advisory Board and *Ad-Hoc* Partners (through a *double-blind* system). Any suggestion of changes in structure or content, by the editors, will be previously agreed by the authors. No changes or additions can be made after articles are sent to typesetting.

ARTICLES

Text presentation sequence

1. Title in Portuguese and English. Titles must clearly express article content.

2. Cover containing full author(s) name(s), address, Email, and, as footnotes, professional references (including institutional affiliation and titles). When the article is a result of a sponsored research, the sponsoring agency should be mentioned.

3. Abstract in Portuguese and English, containing a summary of purpose, used methods and main work conclusions; descriptors, between three and five words (not more than 700 characters (approximately 120 words). For descriptors use the ones presented in the available vocabulary (DECS), which can be found at <http://decs.bvs.br>, in case available descriptors are not found for the articles theme, terms or expressions of known use can be indicated.

4. Article.

a) footnote numbers inserted in the text must be superscripted. E.g.: Reforma Sanitária¹

b) for highlighting words or excerpts the author should use simple. E.g.: 'porta de entrada'.

c) tables and graphics should also be presented in separate sheets, numbered and correctly named, with indication of the units used and corresponding sources.

d) authors mentioned in the text should be written in lower case (only first letters of each name in capital letters), according to regulation ABNT NBR 10520: 2001 (available in libraries). E.g.: Conforme Mario Testa (2000).

e) bibliographic references in the text shall be presented inside brackets and upper case followed by year and, if applicable, page. E.g.: (MIRANDA NETTO, 1986; TESTA, 2000, p. 15).

5. Bibliographic References shall be presented in the end of the article, according to regulation ABNT NBR 6023: 2000 (available in libraries). E. g.:

CARVALHO, Antonio Ivo. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In.: FLEURY, Sônia Maria Teixeira (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 93-112.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M.; JACOBI, Pedro. Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo. *Saúde em Debate*, n. 38, 1993. p. 90-93.

DEMO, Pedro. *Pobreza política*. São Paulo: Cortez, 1991. 111p.

TEXT LENGTH

The article itself must have a maximum of 15 pages.

Articles that do not comply to this will be returned to authors.

Note: one page has 1,400 characters (including spaces), so every 20 lines of 70 characters each forms one page. In the article presentation letter, the author(s) must state the number of pages.

REVIEWS

Critical reviews of books of interest to Public Health and Collective Health, will be accepted, as judged by the Editorial Board. They must discuss book's content, its theoretical postulates and the audience it aims to reach, in up to three pages.

OPINION ARTICLES

Articles about previously published articles in this journal or about national interest issues will be accepted. These will be subject to Editorial Board approval. Must be made up of seven pages maximum.

ARTICLE SUBMISSION

1. Articles should be submitted to the following address for appreciation by the Editorial Board: Secretaria Executiva do CEBES – Av. Brasil, 4036 – sala 802 – CEP: 21040-361 – Mangueiras – Rio de Janeiro – RJ

Phone: +(55)21 3882-9140 and +(55)21 3882-9141
Cellular phone: +(55) 21 9738-4101
Fax: +(55) 21 3104-7251

2. Articles must be submitted in three copies and in diskette. We will accept articles in *Word for Windows*.

3. Graphics and/or tables must be presented in a separate file, in the same diskette.

Seja aluno da FIOCRUZ em seu próprio local de trabalho

www.ead.fiocruz.br

Conheça agora como aproveitar os benefícios da educação a distância e do ensino FIOCRUZ para ampliar sua capacidade profissional. **Visite nossa página!**

Informações pelo telefone
0800 225530 (ligação gratuita)

EAD ENSP
EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

- ▶ ACESSO AOS MAIS MODERNOS CONHECIMENTOS EM SAÚDE PÚBLICA
- ▶ FLEXIBILIDADE DE HORÁRIO E LOCAL DE ESTUDO
- ▶ ACOMPANHAMENTO INDIVIDUALIZADO
- ▶ MENOR CUSTO
- ▶ QUALIDADE FIOCRUZ



CURSO GESTÃO EM SAÚDE

NÍVEL: Aperfeiçoamento

DURAÇÃO: 9 Meses (180 HORAS)

MATERIAL DIDÁTICO: Livros (três)

PÚBLICO ALVO: Profissionais de nível superior ou médio, da área da saúde, envolvidos com atividades de gestão

CURSO AUTOGESTÃO EM SAÚDE

NÍVEL: Especialização

DURAÇÃO: 16 Meses (384 Horas)

MATERIAL DIDÁTICO: Internet, CD-ROM e Livros (quatro)

PÚBLICO ALVO: Profissionais de nível superior, que atuam em empresas que administram seus próprios Sistemas de Saúde.

CURSO BIOSSEGURANÇA

NÍVEL: Aperfeiçoamento

DURAÇÃO: 9 Meses

MATERIAL DIDÁTICO: Internet, CD-ROM e Apostila

PÚBLICO ALVO: Profissionais de nível superior ou médio que busquem capacitação no desenvolvimento de técnicas de Biossegurança e na aplicação e regulamentação de técnicas afins.

CURSO SAÚDE MENTAL

NÍVEL: Aperfeiçoamento

DURAÇÃO: 10 Meses (240 horas)

PÚBLICO ALVO: Profissionais de nível superior e médio, com interesse no campo da Saúde Mental

CURSO DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

NÍVEL: Aperfeiçoamento

DURAÇÃO: 9 meses (180 horas)

MATERIAL DIDÁTICO: CD-ROM, Livro, Vídeo e Internet

PÚBLICO ALVO: Profissionais de Saúde envolvidos direta ou indiretamente na implantação de Sistemas de Vigilância Alimentar

CURSO VIGILÂNCIA SANITÁRIA

NÍVEL: Aperfeiçoamento

DURAÇÃO: 9 meses (180 horas)

MATERIAL DIDÁTICO: CD-ROM e Livro

PÚBLICO ALVO: Profissionais de Saúde que desenvolvam atividades relacionadas à Vigilância Sanitária

CURSO GESTÃO INTEGRADA DE RESÍDUOS SÓLIDOS MUNICIPAIS E IMPACTO AMBIENTAL

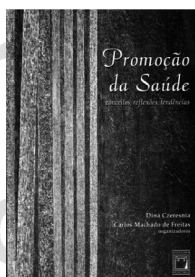
NÍVEL: Aperfeiçoamento

DURAÇÃO: 9 meses (180 horas)

MATERIAL DIDÁTICO: Livros (sete)

PÚBLICO ALVO: Profissionais de empresas públicas ou privadas preocupados com a Gestão de Resíduos Sólidos Municipais e seus impactos sobre o meio ambiente.

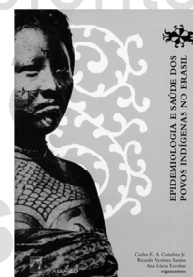
Lançamentos 2003



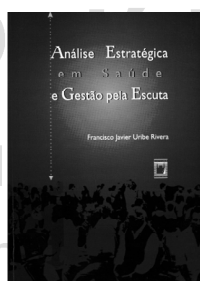
Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências
Dina Czeresnia e Carlos Machado de Freitas (Orgs.)
R\$ 20,00 – 176 p.



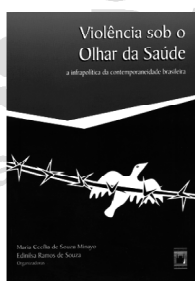
Agonia da Fome
Maria do Carmo Soares de Freitas
Co-edição com a EdUFBA
R\$ 28,00 – 278 p.



Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil
Carlos E. A. Coimbra Jr., Ricardo V. Santos e Ana Lúcia Escobar (Orgs.)
Co-edição com a Abrasco
R\$ 22,00 – 260 p.



Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta
Francisco Javier Uribe Rivera
R\$ 31,00 – 312 p.



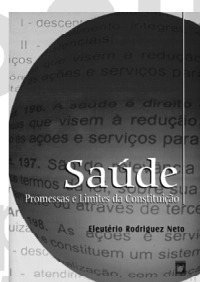
Violência sob o Olhar da Saúde: a infropolítica da contemporaneidade brasileira
Maria Cecília de Souza Minayo e Edinilsa Ramos de Souza (Orgs.)
R\$ 30,00 – 284 p.



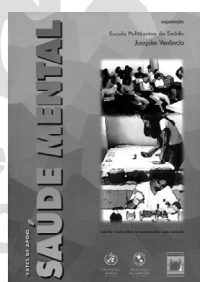
Pessoas Muito Especiais: a construção social do portador de deficiência e a reinvenção da família
Fátima Gonçalves Cavalcante
Coleção Antropologia e Saúde
R\$ 43,00 – 432 p.



O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde
Paulete Goldenberg, Regina Marsiglia e Mara Gomes (Orgs.)
R\$ 44,00 – 444 p.



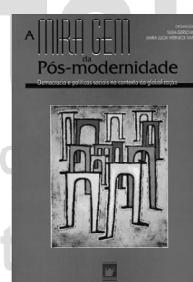
Saúde: promessas e limites da Constituição
Eleutério Rodríguez Neto
R\$ 27,00 – 264 p.



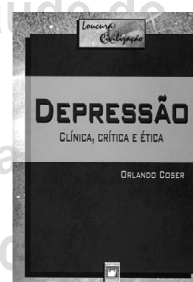
Textos de Apoio em Saúde Mental
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.)
Série Trabalho e Formação em Saúde.
Co-edição com a OPS/OMS
R\$ 24,00 – 244 p.



A Formação Ética dos Médicos: saindo da adolescência com as mãos (dos outros) nas mãos
Sérgio Rego
R\$ 20,00 – 184 p.



A Miragem da Pós-Modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização
Silvia Gerschman e Maria Lucia Werneck Vianna
1ª reimpressão
R\$ 22,00 – 228 p.



Depressão: clínica, crítica e ética
Orlando Coser
Coleção Loucura & Civilização
R\$ 19,00 – 172 p.

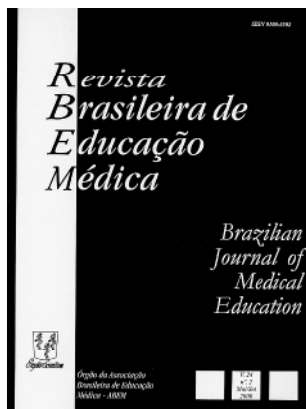
Nossos livros podem ser encontrados em várias livrarias do país, mas podem ser solicitados diretamente à Editora, procedendo-se da seguinte forma:

- consultar previamente a Editora Fiocruz sobre a disponibilidade em estoque dos livros desejados;
- enviar a relação do(s) título(s) desejado(s) acompanhada de cheque nominal à Fundação Oswaldo Cruz (no valor total aquisição). Não esquecer de indicar, com clareza, nome e endereço completos para remessa; ou
- efetuar depósito bancário em favor da Fundação Oswaldo Cruz, no Banco do Brasil, Ag. 4201-3, conta-corrente 170.500-8, código identificador: 254420+25201+008-8 (não esquecer de mencionar este código). Anexar o comprovante de depósito à relação do(s) título(s), indicando nome e endereço completos para remessa. Em ambos os casos, os livros seguirão via Correio, na modalidade 'encomenda normal', que leva em média de 15(quinze) dias para ser entregue ao destinatário.

EDITORA FIOCRUZ

Av. Brasil, 4036 - sala 112 - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ - Brasil 21040-361
Tels.: (21) 3882-9007 / 3882-9039 / 3882-9041- Telefax: (21) 3882 9006
E-mail: editora@fiocruz.br - <http://www.fiocruz.br/editora>

REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA



Associação Brasileira de Educação Médica – Rio de Janeiro/RJ

A Revista da ABEM está em seu 27^o ano. É uma publicação indexada (LILACS, PERIÓDICA E IRESIE) , que aceita colaborações em português, inglês ou espanhol – em diversos formatos, de artigos originais, ensaios e relatos de experiências a resumos de teses e resenhas de livros.

Os textos são submetidos à apreciação do Conselho Científico, segundo os critérios e normas disponíveis em: www.abem-educmed.org.br

✂



Propter Scientiam

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA (ABEM)

Av. Brasil, 4036 – salas 1006/1008 – Mangueiras – 21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Tel.: (21) 260-6161 ou 573-0431 – Fax: (21) 260-6662

e-mail: abem@abem-educmed.org.br

Home-page: www.abem-educmed.org.br

Nome: _____

Endereço: _____

Nº _____

Bairro: _____

Cidade: _____

UF: _____

CEP: _____

Tel.: (DDD): _____

Fax: _____

E-mail: _____

Disciplina: _____

Departamento: _____

Escola: _____

Instituição: _____

Valor da anuidade: Professores, residentes e outros – R\$ 75,00 (setenta e cinco reais)

Estudantes: R\$ 20,00 (vinte reais)

O pagamento poderá ser efetuado mediante o envio de cheque nominativo à Associação, ou através de depósito bancário para o Banco do Brasil S/A, agência 0249-6, conta nº 33.369-7 (neste caso solicitamos a gentileza de nos enviar cópia do recibo bancário via fax: (21) 2260-6662).

Prerrogativa do sócio: receber todas as publicações produzidas pela Associação e participar de eventos promovidos por esta, entre eles o Congresso Brasileiro de Educação Médica anual, com desconto de 50% na inscrição.