

Gestão

Municipal

de Saúde

Textos básicos

A presente publicação é especialmente dirigida aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e resulta de trabalho conjunto entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde.

Para organizar o sistema municipal de saúde, é indispensável que o gestor esteja municiado, o que implica dispor, antes de tudo, de informações básicas sobre o SUS, as quais devem ser repassadas por diferentes meios. A Secretaria de Políticas de Saúde, sintonizada com a prioridade fixada pelo Ministério da Saúde, tem apoiado e promovido iniciativas voltadas para apoiar o aperfeiçoamento e o fortalecimento da gestão municipal. A capacitação de gestores, para a qual a presente publicação constitui instrumento de apoio, é um exemplo dessas iniciativas.

Ao reafirmar a importância e sua determinação em continuar provendo os meios e os instrumentos para consolidar a gestão descentralizada do SUS, o Ministério da Saúde espera que este movimento, além de cumprir o seu propósito, estimule outras iniciativas nesse âmbito que contribuam para agilizar o processo de efetivação da municipalização de saúde no país.

A consolidação do SUS nos municípios constitui uma prioridade do Ministério da Saúde e um desafio para os gestores locais, os quais devem prover a atenção



Gestão Municipal de Saúde

EXEMPLAR DE ARQUIVO

Textos básicos

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro

José Serra

Secretaria de Políticas de Saúde

Secretário

Cláudio Duarte da Fonseca

Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos

Diretor Técnico e Responsável pela Coordenação

Paulo Henrique d'Angelo Seixas

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS)

Presidente

Fernando Cupertino de Barros

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS)

Presidente

Silvio Mendes de Oliveira Filho

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO)

Presidente

José Carvalho de Noronha

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)

Representante no Brasil

Jacobo Finkelman



Gestão Municipal de Saúde

Textos básicos

Copyright © 2001 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados ao

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ISBN: 85-334-0408-5

Capa e Projeto Gráfico
Carlota Rios e Tania Grillo

Editoração Eletrônica
Ramon Carlos de Moraes

Supervisão Editorial
M. Cecilia G. B. Moreira

Editor Responsável
João Carlos Canossa Mendes

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

B823g Brasil. Ministério da Saúde
Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil.
Ministério da Saúde, 2001.
344 p., tab., graf.
1.SUS (BR). 2.Administração de serviços de saúde. 3.Promoção da
saúde.

CDD – 20.ed. – 362.1068

2001
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Políticas de Saúde
Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos
Esplanada dos Ministérios – Bloco "G" – Edifício Sede – 7º andar – salas 708/710
70058-900 – Brasília – DF
Tels.: (0xx 61) 315-2846/2860
Fax: (0xx 61) 315-2862

Ana Cecília de Sá Campello Faveret

Graduada em Relações Internacionais, mestre em Administração Pública, doutoranda em Planejamento em Saúde e coordenadora-geral de Orçamentos Públicos da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Diretoria de Projetos, Ministério da Saúde

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Mais Saúde – Municipalização com Qualidade

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos em Saúde

Carlos Alberto Pereira Gomes

Farmacêutico, bioquímico, com especialização em Saúde Pública e gerente de Assistência Farmacêutica no Ministério da Saúde

Eugênia Maria Silveira Rodrigues

Médica sanitarista, doutora em Medicina Preventiva e consultora do Projeto Promoção da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde

Fabício Augusto de Oliveira

Economista, doutor em Economia e professor do Departamento de Economia da Universidade Federal do Espírito Santo

Fausto Pereira dos Santos

Economista, especialização em Medicina Preventiva e Social e médico da Prefeitura de Belo Horizonte

Francisco Carlos Cardoso de Campos

Médico, mestre em Administração, consultor do Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde

Geraldo Biasoto Junior

Economista, doutor em Economia, secretário de Gestão de Investimentos em Saúde, Ministério da Saúde

Helvécio Miranda Magalhães Júnior

Médico, especialização em Clínica Médica e em Epidemiologia, doutorando em Epidemiologia e coordenador de Urgência e Emergência da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

Jarbas Tomazoli Nunes

Farmacêutico, bioquímico e consultor técnico do Ministério da Saúde (UNESCO)

João Paulo Pinto da Cunha

Filósofo, psicólogo, professor da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e editor de Cultura do jornal Estado de Minas

José Paranaguá de Santana

Médico, mestre em Medicina Tropical e consultor nacional da Organização Pan-Americana da Saúde

José Roberto Ferreira

Médico, assessor de Cooperação Internacional, Fundação Oswaldo Cruz

Karla Krepsky

Economista e consultora do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Ministério da Saúde

Luiz Antônio Marinho Pereira

Farmacêutico e consultor técnico do Ministério da Saúde (UNESCO)

Marcelo Gouvêa Teixeira

Formado em Administração, mestre em Administração e diretor de projetos da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Ministério da Saúde

Maria Alice Fernandes Branco

Psicóloga, doutora em Saúde Coletiva e supervisora técnica do Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde

Maria Christina Fekete

Médica, mestre em Saúde Pública, médica da Secretaria de Estado de Minas Gerais e pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Passos Barcala Peixoto

Psiquiatra e médica da Fundação Hospitalar Estado Minas Gerais

Paulo César da Fonseca Malheiro

Economista, especialização em Saúde Pública e consultor do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Ministério da Saúde

Paulo Marchiori Buss

Médico, mestre em Saúde Pública e presidente da Fundação Oswaldo Cruz

Ricardo Antonio Barcelos

Farmacêutico e consultor técnico do Ministério da Saúde

Rita Elisabeth da Rocha Sório

Enfermeira, mestre em Saúde Pública e gerente-geral do PROF AE, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Ministério da Saúde

Rodrigo Pucci de Sá e Benevides

Economista, mestre em Economia e assessor do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Ministério da Saúde

Rosani Evangelista da Cunha

Fisioterapeuta, mestranda em Administração Pública e diretora do Departamento de Gerenciamento de Investimentos, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Ministério da Saúde

Sibele Maria Gonçalves Ferreira

Médica, especialização em Medicina Preventiva e Social e consultora do Projeto Cartão Nacional de Saúde, Ministério da Saúde

Sônia Regina de Oliveira Rocha

Jornalista, especialização em Políticas Públicas e gerente da área de Comunicação e Mobilização Social, Projeto Promoção da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde



ORGANIZADORES

Janete Lima de Castro

Enfermeira, mestre em Administração, vice-coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Pedro Miguel dos Santos Neto (Coordenação Executiva)

Médico, mestre em Saúde Pública e consultor da Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde

Soraya Almeida Belisário

Médica, mestre em Saúde Pública, professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais

Prefácio	13
Apresentação	15
Tema 1. ADMINISTRAÇÃO DE MATERIAL, PATRIMÔNIO E SERVIÇOS DO SUS MUNICIPAL	
ADMINISTRAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE: UMA PERSPECTIVA PARA GESTORES MUNICIPAIS	17
Helvécio Miranda Magalhães Júnior	
Tema 2. CARTÃO SUS	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: INSTRUMENTO PARA UM NOVO MODELO DE GESTÃO DA SAÚDE	25
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos Em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos em Saúde	
DIRETRIZES PARA O CADASTRAMENTO NACIONAL DE USUÁRIOS DO SUS	39
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos em Saúde	
Tema 3. CONTROLE SOCIAL E INSTÂNCIA DE GESTÃO	
A PRÁTICA DO CONTROLE SOCIAL E OS CONSELHOS DE SAÚDE EM 14 REFLEXÕES	53
Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde	

Tema 4. FINANCIAMENTO EM SAÚDE PARA O GESTOR MUNICIPAL
GESTÃO INTERGOVERNAMENTAL E FINANCIAMENTO DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: APONTAMENTOS PARA

OS GESTORES MUNICIPAIS **79**

Francisco Carlos Cardoso de Campos

ESTIMATIVAS DE IMPACTO DA VINCULAÇÃO
CONSTITUCIONAL DE RECURSOS PARA A SAÚDE

(Emenda Constitucional nº 29/2000) **111**

Ana Cecília de Sá Campello Favaret, Fabrício Augusto de Oliveira, Geraldo Biasoto Junior, Karla Krepsky, Marcelo Gouvêa Teixeira, Paulo César da Fonseca Malheiro & Rodrigo Pucci de Sá e Benevides

Tema 5. GESTÃO DA POLÍTICA DE MEDICAMENTOS

GESTÃO E GERENCIAMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE

MEDICAMENTOS **143**

Carlos Alberto Pereira Gomes, Jarbas Tomazoli Nunes, Luiz Antônio Marinho Pereira & Ricardo Antônio Barcelos

Tema 6. INFORMAÇÃO EM SAÚDE

INFORMAÇÃO EM SAÚDE COMO ELEMENTO ESTRATÉGICO

PARA A GESTÃO **163**

Maria Alice Fernandes Branco

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE **171**

Sibele Maria Gonçalves Ferreira

Tema 7. MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
(PACS) **193**

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Mais Saúde – Municipalização com Qualidade

Tema 8. PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO LOCAL EM SAÚDE BASES CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE	201
Maria Christina Fekete	
Tema 9. POLÍTICA MUNICIPAL DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE A GESTÃO DO TRABALHO NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE: ELEMENTOS PARA UMA PROPOSTA	219
José Paranaguá de Santana	
EDUCAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE: PERSPECTIVAS DE DEBATE SOB OS MARCOS LEGAIS DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL	235
Rita Elisabeth da Rocha Sório	
Tema 10. PROMOÇÃO À SAÚDE ATENÇÃO PRIMÁRIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE	255
José Roberto Ferreira & Paulo Marchiori Buss	
PROMOÇÃO DA SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL	265
Sônia Regina de Oliveira Rocha & Eugênia Maria Silveira Rodrigues	
Tema 11. RESPONSABILIDADES DA GESTÃO MUNICIPAL NA CONSTRUÇÃO DO SUS OS DESAFIOS DO GESTOR LOCAL: ESTRUTURAS ORGANIZACIONAIS E OS MECANISMOS DE CONTROLE SOCIAL	269
Rosani Evangelista da Cunha & Fausto Pereira dos Santos	
Tema 12. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PRINCÍPIOS	285
João Paulo Pinto da Cunha & Rosani Evangelista da Cunha	

Tema 13. SISTEMA DE CONTROLE E AVALIAÇÃO

PERSPECTIVAS DO CONTROLE E AVALIAÇÃO NO PROCESSO
DE CONSTRUÇÃO DO SUS

305

Maria Passos Barcala Peixoto

ROTEIRO PARA AUXILIAR A ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS
DE CONTROLE E AVALIAÇÃO

321

Maria Passos Barcala Peixoto



UMA TAREFA PRIORITÁRIA

A presente publicação é especialmente dirigida aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e resulta de trabalho conjunto entre o Ministério da Saúde, os Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e a Organização Pan-Americana de Saúde.

Com ela pretende-se contribuir para consolidar a descentralização do SUS. Esta descentralização já é uma realidade em 98% dos municípios, que são gestores plenos da atenção básica ou do sistema em seus respectivos âmbitos.

Concluir e consolidar essa municipalização da gestão do SUS é uma firme prioridade do Ministério da Saúde. As funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria – inerentes à gestão do SUS – representam condições essenciais para o alcance da resolubilidade, qualidade e humanização das ações e serviços prestados à população, alvo final de todos os esforços em curso.

Entre as condições de descentralização criadas, vale a pena mencionar a divisão das responsabilidades entre as três esferas de governo e as parcerias entre os gestores federal, estaduais e municipais, além da aprovação de preceitos constitucionais e legais que garantem recursos financeiros regulares, em particular a Emenda Constitucional nº 29.

O fortalecimento da gestão municipalizada do SUS constitui uma estratégia fundamental para assegurar o acesso integral da população à promoção, proteção e recuperação da saúde. Tal fortalecimento não depende apenas do governo federal, mas também, e principalmente, da participação decisiva dos prefeitos e de seus secretários de Saúde, a qual, aliás, já vem ocorrendo na maioria dos municípios e propiciando os avanços obtidos.

Esta publicação e a realização dos Encontros de Capacitação de Gestores Municipais tornam disponíveis informações fundamentais, além de fornecerem um fórum privilegiado para o intercâmbio e a discussão de propostas de ação.

José Serra

Ministro da Saúde



Considerando a relevância do papel do município no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Políticas de Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), assumiu a responsabilidade de promover um processo de capacitação de gestores municipais que responda, de maneira adequada, às exigências deste momento de mudança no poder público municipal.

Tal iniciativa, pioneiramente desenvolvida no ano de 1998, em caráter mais restrito, evidenciou sua importância, pertinência e necessidade de ampliação.

O propósito de contemplar todos os gestores municipais de saúde, envolvendo as secretarias estaduais e as instituições formadoras, tem em vista reforçar a integração destas instituições e garantir a qualidade do processo de capacitação. Este processo tem por objetivo contribuir para consolidar a descentralização do SUS, uma realidade inegável, visto que quase a totalidade dos municípios brasileiros – mais de 98% – já é gestor pleno da Atenção Básica ou do Sistema em seus respectivos âmbitos.

Consolidar a municipalização da gestão do SUS é uma prioridade na qual o Ministério da Saúde está firmemente empenhado, o que, em última instância, significa a própria efetivação deste Sistema. As funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria – inerentes à gestão do SUS – constituem, na realidade, condições essenciais para o alcance da resolutividade, qualidade e humanização das ações e serviços prestados à população, alvo final de todos os esforços em curso.

É importante assinalar que, também no âmbito da gestão do SUS, têm sido registrados importantes avanços e criadas condições estratégicas para consolidar a descentralização. Entre elas, destacam-se a definição das responsabilidades dos níveis de gestão do SUS e as parcerias estabelecidas cotidianamente entre os gestores federal, estaduais e municipais, além dos preceitos constitucionais e legais que garantem recursos financeiros regulares, em particular a Emenda Constitucional nº 29.

O fortalecimento da gestão descentralizada constitui estratégia fundamental para assegurar o acesso integral da população às medidas dirigidas

à promoção, proteção e recuperação da saúde. Tal fortalecimento depende, todavia, da participação decisiva dos secretários de saúde e dos prefeitos, o que de fato já vem ocorrendo na grande maioria dos municípios e propiciando os avanços obtidos.

A iniciativa da publicação deste *Gestão Municipal de Saúde*, em dois volumes – *Textos básicos e Leis, normas e portarias atuais* –, e a realização dos Cursos de Atualização para Gestores Municipais são de grande relevância na medida em que tornam disponíveis informações fundamentais, configurando, ao mesmo tempo, fórum privilegiado para o intercâmbio e a discussão de propostas de ação.

As limitações inerentes a um desafio de tais dimensões não permitiram a abordagem da totalidade de atividades e ações desenvolvidas no âmbito do SUS, todas importantes e de interesse no dia-a-dia do gestor de saúde. Procurou-se, contudo, abordar aquelas identificadas como as de primeira hora, de necessidade mais imediata ao desempenho da gestão municipal.

No volume *Textos básicos* está reunido material produzido especificamente para subsidiar as discussões a serem realizadas nos cursos, como também textos já publicados em iniciativas anteriores. Em respeito às peculiaridades regionais, a organização do volume obedece a uma lógica em que os temas foram dispostos em ordem alfabética, não interferindo, portanto, na forma como cada Coordenação Estadual abordará os mesmos.

No volume *Leis, normas e portarias atuais* procurou-se identificar tanto os conteúdos indispensáveis ao bom desempenho das funções dos gestores, quanto aqueles referenciados nos textos de apoio (como algumas portarias, por exemplo). Por se tratar de textos amplamente divulgados, pelo *Diário Oficial da União* e até mesmo pela Internet, optou-se por publicar apenas o texto da lei, eliminando-se os anexos, à exceção da Norma Operacional de Assistência à Saúde, da Portaria 3.925 e da Instrução Normativa nº 01, pela importância do teor destes para efeitos do Curso.

Esperamos, assim, estar contribuindo para uma melhor atuação dos gestores municipais do país, como também para o incentivo de ricas e produtivas iniciativas conjuntas de trabalho.

Para finalizar, gostaríamos de lembrar que tais iniciativas – o Curso e ambos os volumes do livro *Gestão Municipal de Saúde* – devem ser entendidas à luz de todo um processo, ou seja, como um dos componentes do Programa Nacional de Capacitação de Gestores Municipais, aos quais certamente se somarão outros que deverão ser desenvolvidos paralelamente e posteriormente ao mesmo.

Os Organizadores

ADMINISTRAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE: UMA PERSPECTIVA PARA GESTORES MUNICIPAIS*

Helvécio Miranda Magalhães Júnior

A transferência progressiva de responsabilidades e funções para o nível municipal do SUS nos últimos anos encontrou, na grande maioria das vezes, o gestor municipal – secretarias e departamentos de saúde – completamente despreparado para essa tarefa, incluindo-se nesta situação até as grandes capitais. Outra realidade não seria de esperar, tendo em vista a forma histórica de organização destas instituições e sua participação no conjunto da assistência.

Em geral, o município encarregava-se de funções periféricas dentro do sistema público de assistência à saúde, gerindo uma rede de unidades de saúde de cuidados básicos que era articulada com outras unidades ambulatoriais mais complexas, unidades de apoio diagnóstico e terapêutica e a rede hospitalar. Restava sempre para as secretarias estaduais de saúde, antigo INAMPS, e para o setor privado contratado a execução da assistência no restante da rede nas cidades de maior porte. Também nas chamadas ações coletivas, o papel municipal era incipiente e historicamente limitado às ações de vacinação.

Nessa conjuntura, não havia motivos para que as prefeituras municipais se estruturassem para responder às demandas do setor de saúde, do ponto de vista tanto quantitativo quanto qualitativo. Também por esta razão, e mesmo nas cidades maiores, todas as questões relacionadas à infra-estrutura necessária ao desenvolvimento de ações de saúde de responsabilidade municipal eram afeitas aos outros setores da administração do município.

Como regra geral, as prefeituras continuam apresentando pequena capacidade gerencial e operacional. Esta é a situação encontrada nos municípios, quando são rapidamente chamados a assumir a gerência de unidades e serviços de saúde.

Outra consideração que merece ser feita é a intensa proliferação, felizmente, de idéias e projetos na área de saúde. Não é exagero afirmar que quase todos os trabalhadores de saúde têm sempre uma nova idéia de como fazer algo novo na

* Texto retirado do Caderno *Planejamento e Gestão em Saúde*, organizado por Francisco Eduardo Campos, Lídia Maria Tonon e Mozart de Oliveira Júnior. Belo Horizonte: Coopmed, 1998 (Caderno de Saúde, 2). Reprodução autorizada pelo autor.

velha prática dos serviços e sonham com uma nova proposta. A criatividade é uma tônica do setor de saúde, e os imensos desafios a serem vencidos na consolidação do SUS se apresentam como um grande caldo de cultura para germinar estas idéias. Entretanto, na maioria das vezes, o início de determinado projeto não é precedido de uma detalhada verificação da demanda de infra-estrutura necessária a seu desenvolvimento. Em consequência da falta de planejamento e adequação dos meios e instrumentos necessários, não é raro o seu fracasso por motivos perfeitamente evitáveis. Chamar a atenção para este detalhe é uma preocupação que deve permear todas as ações de um gestor do SUS.

O desafio de vencer esta contradição da área de saúde – projetos brilhantes x estrutura precária – é que reveste o setor administrativo ou de recursos logísticos de um caráter estratégico na gestão de um sistema ou serviço de saúde. Isto, que parece lógico e tranqüilo na teoria, não é o que acontece na maioria das cidades, trazendo um enorme prejuízo às gestões e um significativo desperdício de tempo gerencial e político dos dirigentes.

A idéia de sistema deve estar presente na proposta de organização da área administrativa. Todas as áreas-meio (jurídico, planejamento, orçamento, execução financeira, materiais, gerência de contratos, serviços gerais, manutenção e transporte) e as áreas-fim (técnicas) devem estar entrosadas e funcionar como uma engrenagem lubrificada, de forma a fazer girar sem problemas a ‘roda’ dos serviços. Esta integração deve acontecer no cotidiano e fazer parte das preocupações constantes dos gestores. Desta forma, evita-se a perda de energia com questões menores e de caráter interno ao funcionamento das organizações.

É fundamental o entrosamento desde a fase do planejamento global do sistema de saúde até as programações setoriais e locais, para evitar o descompasso tão comum entre o político, o técnico e a infra-estrutura. Portanto, desde o primeiro momento de uma gestão, é necessário dimensionar cuidadosamente a infra-estrutura necessária, seja no próprio órgão gestor do SUS ou fazendo-se gestões e estabelecendo um bom relacionamento com os demais órgãos da administração municipal. Todos os passos no sentido de ampliação da rede, seja de novos serviços próprios, seja municipalizando estruturas estaduais, devem levar em conta a previsão dos materiais e serviços fundamentais ao seu funcionamento.

No que se refere à área jurídica, é importante considerar que há grande interface com a área administrativa, em decorrência dos dispositivos legais, especialmente a Lei Federal 8.666/93 para a gestão de material e gerência de contratos e convênios. Esta base segura do setor jurídico atua também preventivamente quanto às irregularidades na prestação de contas ao conselho de saúde, ao Tribunal de Contas e aos órgãos e entidades transferidores de recursos.

Quanto à área financeira, o entrosamento é essencial. Ele vai desde o momento da elaboração do orçamento anual, a partir de uma sólida base real, até a compatibilização orçamentária e financeira, que é também determinante para o saldo final de resultados. Uma desarticulação pode ocasionar falta de recursos mínimos a projetos prioritários e ao mesmo tempo deixar recursos disponíveis sem utilização. Também o aspecto contábil é importante para a regularidade da prestação de contas e acerto dos repasses financeiros de convênios específicos.

Historicamente, a área administrativa engloba os setores descritos a seguir, dos quais iremos comentar alguns aspectos mais importantes, os maiores problemas e possíveis caminhos para o seu enfrentamento. A localização de cada um dos setores que compõem a administração varia de acordo com o porte da cidade e a forma de organização administrativa da prefeitura.

GESTÃO DE MATERIAL

O suprimento adequado de materiais para o funcionamento regular da rede de serviços de saúde é um dos grandes desafios que não tem sido equacionado satisfatoriamente. As razões deste problema nem sempre são de ordem financeira e podem estar relacionadas com a precariedade da programação, desentrosamento e falta de preocupação das áreas técnicas, fluxo irregular de requisições, especificação inadequada dos materiais, rotina conturbada de licitações, armazenagem e controle de estoque – incluindo o controle sobre prazo de vencimento, distribuição sem controle, guarda deficiente nas unidades de saúde e falta de cuidado na utilização. Outro fator a ser considerado é a demanda por prestação de serviços essenciais, como a manutenção de equipamentos.

Os objetivos do sistema de gestão de material devem ser:

- manter a rede permanentemente abastecida dos materiais e serviços essenciais necessários à consecução das atividades assistenciais;
- implantar a administração de estoque, visando à sua racionalização e sempre balizado pelas necessidades da rede de serviços;
- comprar ao menor custo, com a melhor qualidade e obedecendo às normas legais;
- profissionalizar as atividades de suprimento, o que inclui a adequada composição e qualificação dos recursos humanos;
- trabalhar com planejamento em todos os níveis de forma participativa e ascendente;

- estabelecer o gerenciamento participativo e descentralizado de forma responsável;
- direcionar as compras de materiais e serviços preferencialmente para contratos de fornecimento, com destaque para o registro de preços, em especial para os itens de consumo regular, implantando a negociação como prática obrigatória em todas as modalidades de compra;
- estabelecer o diálogo permanente com as unidades de saúde, de forma a prever suas oscilações de consumo e necessidades;
- acertar funcionalmente suas operações com as áreas de orçamento e finanças e segundo o plano municipal de saúde.

Para atingir o objetivo de garantia do abastecimento, é necessário observar alguns aspectos que merecem destaque.

Deve-se providenciar a normalização dos materiais e o estabelecimento de uma rigorosa lista padronizada, com a definição associada do que são materiais estratégicos. Para isto, é indispensável a participação efetiva dos técnicos e gerentes das unidades, visando a estabelecer um consenso mínimo que abranja a diversidade das unidades e projetos.

A questão específica dos medicamentos merece destaque especial. Não é mais possível ter como única perspectiva o fornecimento da CEME. O privilegiamento do fornecimento pelos laboratórios públicos é uma política correta, mas devem ser consideradas as dificuldades que estes laboratórios vêm apresentando para cumprir uma programação de fornecimento previamente acertada. De qualquer forma, como a assistência farmacêutica é mais do que a distribuição de medicamentos, deve necessariamente ser abrangida na gestão de materiais em suas particularidades de uma política assistencial. A lista básica deve ser rigorosamente elaborada a partir de um conjunto de critérios – epidemiológicos, técnicos e financeiros. Já existem várias experiências concretas e vitoriosas neste sentido.

A capacitação dos técnicos da área de processamento das compras e da Comissão Permanente de Licitação é necessária para viabilizar o processo de aquisição em boas condições de preço e qualidade, de acordo com a programação. Esta deve considerar efetivamente o perfil de consumo e ser adequada a possíveis variações dentro de um período, além de considerar as expansões e mudanças no projeto assistencial.

A etapa seguinte da armazenagem exige o cuidado do recebimento dos materiais, o controle do estoque e a guarda em condições adequadas. Deve ser

também considerada a segurança com relação à distribuição para as unidades. O fluxo de distribuição vai depender da realidade de cada local. O almoxarifado central deverá receber as reclamações relativas à qualidade dos materiais e subsidiar alterações no processo de compra. Sempre que necessário, técnicos devem ser requisitados para avaliação de itens de consumo que estejam apresentando problemas. No caso de materiais permanentes, o processo de patrimonização deve ocorrer antes de sua alocação na unidade para fins de controle patrimonial. A cópia da nota fiscal deve ir para a unidade, para efeito de controle local.

Para os itens de consumo regular, devem ser privilegiados os contratos de fornecimento, por apresentarem as seguintes características: não necessitam de grandes desembolsos financeiros; não exigem grandes áreas de armazenamento; têm uma margem de variação em seus quantitativos, que atende a eventuais oscilações de consumo e falhas mais sutis da programação.

Um aspecto moderno da gestão de materiais é a criação da área de desenvolvimento de mercado. Trata-se de um trabalho continuado de relação de parceria direta com os potenciais fornecedores, de forma a viabilizar o atendimento do processo de compra pelo órgão público em melhores condições de qualidade e preço, sem perder de vista os procedimentos legais e formais.

GERÊNCIA DE CONTRATOS E CONVÊNIOS

Este é um setor intimamente ligado ao de materiais e deve trabalhar muito integrado a ele. Pode estar localizado na Secretaria de Saúde ou na administração central. É importante tanto para o controle legal da execução dos contratos, quanto para contribuir com o processo de ressurgimento regular, avisar com antecedência a área de compras sobre o vencimento de determinada contratação e a necessidade de abertura de novo processo de aquisição. Para tanto, é fundamental o acompanhamento da articulação pela área jurídica.

Outra importante inter-relação é com a manutenção de equipamentos mais complexos, que exigem empresas ou técnicos especializados, e que, portanto, necessitam de processos de contratação específica.

MANUTENÇÃO

Esta é uma área da administração que requer toda a atenção dos gestores. Possui dois aspectos importantes a considerar: manutenção predial das unidades

e manutenção de equipamentos e veículos. A falta de manutenção adequada dos prédios, veículos e equipamentos que dão suporte às atividades de saúde é tão indesejada quanto o desabastecimento de materiais. Historicamente, não é dada a devida importância a este aspecto, e o que se vê, normalmente, é uma situação grave de prédios deteriorados e equipamentos parados com grande prejuízo econômico e assistencial.

Já a manutenção predial é uma função que quase sempre está a cargo da Secretaria de Obras do município. Deve ser estabelecido, de comum acordo, um plano global de manutenção predial que aborde as áreas civis, elétricas e hidráulicas sob uma ótica preventiva e corretiva dos problemas. Embora o objetivo deste texto não seja aprofundar esta discussão, cabe destacar que todas as alterações das áreas físicas das unidades devem ser registradas em cadastro próprio e modificadas as plantas originais contidas num acervo próprio. Também é racional estabelecer um plano diretor de obras a longo prazo, para evitar repetir intervenções e desperdiçar recursos, e preocupar-se com a qualidade técnica dos projetos, que, muitas vezes, são a melhor prevenção para problemas futuros.

Os equipamentos médicos e hospitalares, desde os mais simples aos mais complexos, que compõem importante recurso das unidades, devem ser alvo do cuidado com manutenção preventiva e corretiva. Além dos benefícios assistenciais, é muito mais econômico o gasto com manutenção preventiva e o treinamento adequado dos técnicos que vão operar os equipamentos. Tão importante quanto adquirir equipamentos, melhorando a resolubilidade dos serviços, é conseguir mantê-los funcionando adequadamente e com garantia de qualidade.

SERVIÇOS GERAIS E TRANSPORTE

Os serviços gerais fazem parte de um grupo de atividades também muito importante para o bom funcionamento da rede de serviços de saúde. É composto de comunicação, protocolo, reprografia, limpeza, conservação, zeladoria e vigilância. Em geral, com exceção dos grandes centros, são funções afeitas à administração geral das prefeituras e que devem ser acompanhadas.

O serviço de comunicação é importante estrutura de apoio logístico para as unidades, tanto para atividades internas, quanto como facilitador do contato com o público usuário, destacando-se a telefonia. O serviço de protocolo é necessário pelo aspecto legal do controle de documentos e divulgação interna de orientações e determinações gerenciais. A reprografia é a estrutura de reprodução de textos e documentos que precisam ser divulgados para os funcionários e de impressos

utilizados no atendimento das unidades. Em locais e sistemas de maior porte, esta impressão, geralmente, tem o suporte de um contrato de gráfica prestadora de serviços ao município.

Os serviços de limpeza, conservação e vigilância são também importantes no cotidiano do setor de saúde. Do ponto de vista técnico e dependendo do porte e das características da unidade, o controle do processo de infecção nosocomial deve ser supervisionado por profissional capacitado. Como exemplo para os demais setores, as normas para utilização dos equipamentos de proteção individual devem ser observadas. Operacionalmente, estes serviços podem ser prestados por pessoal próprio ou por meio da contratação de empresas prestadoras de serviço, que têm embasamento legal próprio. No caso de contratação terceirizada, deve-se realizar o efetivo controle do contrato e, para fins de economicidade, não incluir nos contratos a aquisição de materiais de limpeza, os quais devem ser comprados e fornecidos pelo próprio órgão público. Dependendo das condições locais, o serviço de lavanderia pode ser próprio e centralizado ou realizado por intermédio de contratos de prestação de serviços.

O serviço de transporte é dividido em transporte sanitário e de apoio. O tamanho e as características da frota vão depender do planejamento assistencial. Também neste caso existe a opção dos veículos próprios ou de contrato com terceiros, geralmente por meio de cooperativas de motoristas. No caso de frota própria, é importante enfatizar a necessidade de uma adequada manutenção preventiva e corretiva. De qualquer forma, é necessária uma área específica que faça a interlocução com as unidades e áreas técnicas.

PATRIMÔNIO

O controle do patrimônio público é uma das necessidades operacionais do SUS. Existe uma legislação específica de controle desta função, que deve ser observada. Geralmente, o controle é centralizado no setor de patrimônio da prefeitura. É importante ressaltar que todos os bens permanentes da rede de serviços devem ser patrimoniados e controlados no que se refere a localização, numeração específica e possíveis alienações. Nos contratos de manutenção de equipamentos, deve, obrigatoriamente, constar o número de patrimônio. Deve haver um controle específico de materiais permanentes adquiridos com verba própria de convênios, para fins de auditoria.

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: INSTRUMENTO PARA UM NOVO MODELO DE GESTÃO DA SAÚDE

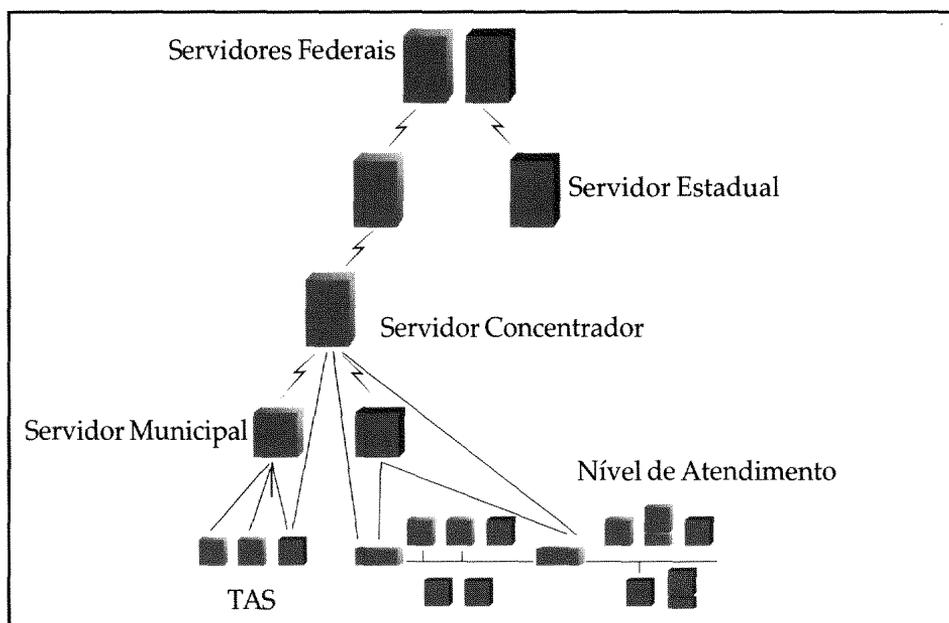
Brasil, Ministério da Saúde.

Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde.

Departamento de Gerenciamento de Investimentos em Saúde*

O QUE É O CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE?

O Cartão Nacional de Saúde (CNS) é um sistema informatizado, de base nacional, que possibilita a vinculação dos procedimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ao usuário, ao profissional que o realizou e também à unidade de saúde. O sistema é constituído pelo Cartão do Usuário com um número único de identificação em âmbito nacional – a identidade do usuário no SUS – pelo Terminal de Atendimento do SUS (TAS), instalado para captação de informações em todas as unidades de saúde; pelos aplicativos desenvolvidos especificamente para o Sistema Cartão Nacional de Saúde e pela Rede de Informação em Saúde, que abrange os níveis municipal, estadual e federal de saúde, programada para ser um importante instrumento de gerenciamento das unidades de saúde e de gestão do SUS. A arquitetura do sistema pode ser vista na figura a seguir.



* Os autores deste texto optaram por creditar a autoria ao Ministério da Saúde.

O Cartão traz inúmeras vantagens, uma vez que vai possibilitar a organização dos serviços de saúde a partir das necessidades reais da população e dos fluxos dos usuários do SUS. O cartão tem uma numeração nacional (baseada no número do PIS/ PASEP)¹, de modo a identificar o cidadão com o sistema local e, ao mesmo tempo, possibilitar a agregação de informações em âmbito federal, estadual e regional e o acompanhamento do fluxo deste usuário do SUS. Além destas finalidades, espera-se que o cartão contribua para:

- o acompanhamento da referência e contra-referência dos usuários do SUS;
- a identificação das ações de saúde realizadas;
- o acesso a informações por unidade de saúde, localidade, cidade, município, região, estado e país;
- a construção de base de dados de histórico clínico dos usuários do SUS;
- a imediata identificação do usuário, com agilização do atendimento, inclusive possibilitando a automatização da marcação de consultas;
- a revisão dos processos de compra e ampliação e melhoria do acesso da população a medicamentos;
- a integração de sistemas de informação;
- a revisão de critérios de financiamento e racionalização de custos;
- o acompanhamento, controle, avaliação e auditoria;
- o aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão e avaliação de recursos humanos em saúde.

Vejamos alguns dos benefícios que o Cartão trará a cada pessoa envolvida com o Sistema de Saúde.

Usuários

- identificação imediata;
- mais rapidez no atendimento;
- marcação de exames e de consultas com menor burocracia.

¹ O cadastramento de usuários do SUS tem como objetivo identificar os números de PIS/PASEP para as pessoas que já o possuem, ou gerar números para aquelas que ainda não o têm. Por meio do cadastramento, e desde que as pessoas tenham algum documento de identificação, mesmo as crianças passam a ter números de PIS/PASEP que as acompanharão por toda a vida.

Gestores

- apoio no planejamento e na determinação de prioridades das ações de saúde;
- agilidade na identificação e no acompanhamento da rede prestadora de serviços;
- acesso mais rápido e simples a dados de saúde de todas as regiões do país;
- auxílio na identificação de áreas problemáticas e na formulação de políticas, pela agilização da disponibilidade das informações gerenciais;
- automatização dos processos relativos ao ressarcimento ao SUS, dos procedimentos realizados em pacientes de planos de saúde;
- auxílio na otimização da distribuição de medicamentos adquiridos pelo SUS;

Profissionais de saúde

- possibilidade de identificação imediata do usuário;
- maior rapidez e qualidade no atendimento aos pacientes;
- acesso a dados e consultas anteriores dos pacientes;
- maior agilidade no preenchimento de formulários e, em alguns casos, preenchimento automatizado;
- facilidade na marcação de consultas e exames;

Administradores

- criação e acesso eletrônico a um cadastro de usuários de forma a possibilitar a identificação individualizada dos usuários;
- geração automática de formulários próprios dos sistemas de informações;
- auxílio na elaboração de protocolos clínicos;
- modernização dos instrumentos de gerenciamento do atendimento aos pacientes;
- melhor distribuição dos recursos humanos e funcionais da Unidade de Saúde;
- auxílio à programação das atividades da Unidade.

O PROJETO PILOTO

O processo de implantação do Cartão Nacional de Saúde em curso abrange 44 municípios brasileiros, com cobertura de cerca de 13 milhões de usuários do SUS. O escopo do fornecimento das empresas contratadas, por meio de licitação internacional, abrange a implantação de estrutura de *hardware* no âmbito federal (com servidores localizados em Brasília e no Rio de Janeiro), no âmbito estadual (com servidores em todos os estados brasileiros) e no âmbito dos 44 municípios do projeto piloto. Inclui ainda o desenvolvimento de *software* e a construção de uma rede de abrangência nacional, conforme especificado na figura anterior.

A utilização da base de dados derivada do sistema cartão deverá ter como finalidade única a gestão dos serviços de saúde pelas diferentes esferas de governo, não podendo, sob nenhuma hipótese, servir a fins comerciais ou outros que atentem contra os direitos constitucionais do cidadão e/ou a ética do profissional. Um importante mecanismo de segurança do sistema é derivado da possibilidade de identificação de todos os que acessaram e/ou modificaram qualquer informação contida nas bases de dados. É importante ressaltar ainda que, em nenhuma circunstância, o fato de o indivíduo possuir ou não o Cartão Nacional de Saúde poderá ser utilizado como forma de coação ou de obstáculo ao seu acesso aos serviços de saúde.

AS FUNCIONALIDADES DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

Com a base de dados construída pelo Sistema Cartão Nacional de Saúde é possível gerar uma série de informações visando à melhoria da assistência oferecida pelo SUS. Inicialmente, os dados processados pelo sistema do cartão permitem responder às seguintes perguntas:

Quem foi atendido? = identificação do usuário do SUS por meio do seu número no sistema.

Quem atendeu o usuário? = identificação do profissional de saúde responsável pelo atendimento.

Onde o usuário foi atendido? = identificação do estabelecimento de saúde onde ocorreu o atendimento.

Quando o usuário foi atendido? = identificação da data e hora do atendimento realizado.

Qual o problema identificado? = identificação do diagnóstico e do motivo da procura.

Que atendimento foi realizado? = identificação do(s) procedimento(s) ambulatorial ou hospitalar realizado(s).

Que medicamento foi prescrito? = identificação de prescrição informada pelo sistema.

O que resultou do atendimento realizado? = identificação do(s) diagnóstico(s), do(s) encaminhamento(s), do(s) procedimento(s) a serem solicitado(s), dentre outros.

Posteriormente, a partir da vinculação entre o usuário, o profissional de saúde, o estabelecimento de saúde e o atendimento realizado, inúmeras perguntas podem ser respondidas. Por exemplo:

- A identificação do usuário informa sobre o seu município de residência, de tal modo que é possível subsidiar um processo de câmara de compensação intermunicipal e /ou interestadual dos recursos financeiros do SUS.
- Pode-se conhecer quantos pacientes portadores de diabetes estão sendo atendidos, que medicamentos e exames estão sendo fornecidos a eles e, assim, subsidiar um planejamento mais efetivo das aquisições de medicamentos e de exames. Além disto, podem ser elaborados protocolos clínicos (exames que devem ser pedidos, quando devem ser pedidos, com que frequência o paciente deve comparecer à consulta etc.) para o atendimento dos pacientes.
- Pode-se conhecer, automaticamente, quantas tomografias computadorizadas estão sendo demandadas e, assim, tomar decisões sobre como responder a essas necessidades.
- Pode-se conhecer que medicamentos estão sendo prescritos nas unidades de saúde, com o objetivo de planejar melhor as compras e, até mesmo, avaliar e propor revisão/ capacitação na atuação dos profissionais de saúde.
- Podem ser encaminhadas correspondências periódicas aos usuários do sistema de saúde informando sobre todos os procedimentos prestados a ele no sistema. Esta prestação de contas tem impacto no aumento da transparência e democratização na área de saúde e também apresenta vantagens do ponto de vista de avaliação e auditoria do sistema.

NO TERMINAL DE ATENDIMENTO (TAS), o sistema trabalha com as seguintes funções:

- **Identificação e registro do usuário** que está sendo atendido: número do cartão, nome, sexo, data de nascimento, município e unidade da federação de residência.²
- **Localização do prontuário:** permite vincular o número do cartão ao número do prontuário do usuário naquele estabelecimento de saúde.
- **Registro do profissional e do estabelecimento de saúde** que está realizando o atendimento.
- **Registro do atendimento realizado**, identificando: *natureza da procura* (para que o usuário procurou o serviço); a vinculação a alguma *ação programática* (p. ex.: o usuário está inscrito no programa de controle da diabetes); *procedimento realizado* (p. ex.: consulta de pediatria, aplicação de vacina, consulta de psicologia, curativo etc.); *diagnóstico(s)* somente para os casos de consultas médicas; *medicamento(s) prescrito(s)* somente para os casos de consultas médicas; *procedimento(s) solicitado(s)* (p. ex.: exames laboratoriais, consultas especializadas, terapias especializadas etc.) e encaminhamento(s) resultante(s) do atendimento (p. ex.: solicitação de retorno do usuário, encaminhamento para internação hospitalar etc.).
- **Agendamento local de consultas e exames laboratoriais:** quando o médico solicita o retorno do paciente para nova consulta e/ou a realização de exames laboratoriais o sistema permite que os mesmos sejam agendados. Para o agendamento de exames é necessário que o TAS seja configurado com o número de exames disponíveis para serem solicitados por aquele estabelecimento de saúde.
- **Agendamento remoto de consultas e/ou exames:** para os municípios que contam com sistema informatizado para marcação de consultas e exames, o TAS pode solicitar, através do servidor municipal, que uma consulta seja agendada, resultando na emissão de um boleto com os dados sobre o agendamento feito.
- **Registro da execução de exames laboratoriais:** pressupõe a localização de um TAS nas unidades prestadoras desses serviços. O usuário recebe um boleto na coleta informando sobre o exame que está sendo realizado. Funciona como um protocolo para a posterior retirada do

² Cabe ressaltar que na tarja magnética estão gravados apenas esses dados, os demais estão arquivados no banco de dados residente no servidor e podem ser consultados quando necessário.

resultado. Semelhante à funcionalidade da farmácia, quando for o caso, o usuário recebe um boleto informando sobre os exames que ficaram como 'saldo'.

- **Notificação de doenças compulsórias:** nos casos de doenças de notificação obrigatória o sistema emite para o servidor uma mensagem informando que um caso foi detectado. Também alerta (através de mensagem na tela) ao profissional que está registrando o evento que o mesmo deve verificar com o usuário se o seus dados de endereço estão atualizados, já que estes são fundamentais para os casos que necessitam de investigação.
- **Dispensação (entrega) de medicamentos:** essa função depende da disponibilidade do TAS na farmácia do estabelecimento de saúde. Nesse caso, o paciente apresenta a receita, é registrado o pedido e o que, efetivamente, foi dispensado. Ao final é emitido um boleto com o 'saldo' da dispensação. Por exemplo: o usuário tinha uma receita para 30 comprimidos de um medicamento X, foram fornecidos apenas 10 – ele recebe um boleto informando que ele ainda tem a receber 20 comprimidos. Ele pode retornar, em outro momento, à mesma unidade ou procurar outro serviço para obter o saldo a que ele tem direito.
- **Emissão de boletos:** o TAS permite a emissão de diversos tipos de boletos que podem funcionar como um 'relatório' sobre o atendimento e/ou um 'documento' que permite o encaminhamento do usuário para realização de outros procedimentos. Por exemplo: a função de agendamento local permite a emissão de um boleto para o usuário informando a data e a hora do retorno; pode ser emitido um boleto com o agendamento solicitando a realização de exames laboratoriais; podem ser emitidos boletos que trazem informações sobre os últimos atendimentos procurados pelo usuário etc. Esses boletos também podem ser extratos sobre os atendimentos realizados por cada profissional ou pelo estabelecimento de saúde. Alguns exemplos dos boletos emitidos pelo sistema podem ser vistos a seguir:

Exemplo de boleto resumo de atendimento ambulatorial (01) e de boleto de solicitação de serviços (02):

 **S.U.S**
Sistema Único de Saúde

CIDADE DE ARACAJU
UPS: CENTRO MEDICO AMBULATORIAL CENTRAL
END: Rua das Almas 5432 Jardim Centro
Cartao: 000010262600606 N: 23/06/1952 S: M
JOSE PASSOS

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ID 74335.23390.43254

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

1. _____ QTD _____
2. _____ QTD _____

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

1. _____ QTD _____
2. _____ QTD _____
3. _____ QTD _____
4. _____ QTD _____

MEDICAMENTOS

1. _____ QTD _____
2. _____ QTD _____

DIAGNOSTICOS

1- _____ 2- _____

PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS

PERDA _____ ORIGEM _____

ENCAMINHAMENTOS _____

PROFISSIONAL _____

TAS: T2602902000001W 21/12/2000 13:08

 **S.U.S**
Sistema Único de Saúde

CIDADE DE ARACAJU
UPS: CENTRO MEDICO AMBULATORIAL CENTRAL
END: Rua das Almas 5432 Jardim Centro
Cartao: 000010262600606 N: 23/06/1952 S: M
JOSE PASSOS

SOLICITAÇÃO PROCEDIMENTOS

0701255 - Consulta de Cardiologia

Marcada para __ __ __ __ as __ __ hs

No _____

End _____

Numero de protocolo _____

TAS: T2602902000001W 21/12/2000 13:08

Exemplo de boleto de solicitação de entrega de medicamentos (01) e de boleto com protocolo de entrega e saldo de medicamento não entregue (02):

 <p>S.U.S Sistema Único de Saúde</p> <p>CIDADE DE ARACAJU</p> <p>UPS: CENTRO MEDICO AMBULATORIAL CENTRAL END: Rua das Almas 5432 Jardim Centro Cartão: 000010262600606 N-23/06/1952 S-M JOSE PASSOS</p> <p>ID 74335.23390.43254</p> <p>SOLICITAÇÃO ENTREGA DE MEDICAMENTOS</p> <table border="0"> <tr> <td>04080002 - Captopril</td> <td>50 mg cprs</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>12040001 - Verapamil</td> <td>120 mg cprs</td> <td>14</td> </tr> </table> <p>TAS: T2602902000001M 21/12/2000 13:08</p> <p>UTILIZE SEMPRE QUE POSSIVEL UM POSTO DE SAUDE PROXIMO DE SUA CASA OU TRABALHO. SE NECESSARIO ELE O ENCAMINHARA</p>	04080002 - Captopril	50 mg cprs	21	12040001 - Verapamil	120 mg cprs	14	 <p>S.U.S Sistema Único de Saúde</p> <p>CIDADE DE ARACAJU</p> <p>UPS: CENTRO MEDICO AMBULATORIAL CENTRAL END: Rua das Almas 5432 Jardim Centro Cartão: 000010262600606 N-23/06/1952 S-M JOSE PASSOS</p> <p>ID 74335.23390.43254</p> <p>PROTOCOLO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS</p> <table border="0"> <tr> <td>04080002 - Ampicilina</td> <td>500 mg drgs</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>12040001 - Cimetidina</td> <td></td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>09040001 - Furoseida</td> <td>40 mg cprs</td> <td>30</td> </tr> </table> <p>SALDO PARA ENTREGA POSTERIOR</p> <table border="0"> <tr> <td>04080002 - Ampicilina</td> <td>500 mg drgs</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>12040001 - Cimetidina</td> <td></td> <td>15</td> </tr> </table> <p>TAS: T2602902000001M 21/12/2000 13:08</p> <p>Assinatura do Paciente pelo recebimento</p> <p>UTILIZE MEDICAMENTOS GENERICOS.ELES SAO GARANTIDOS PELO MINISTERIO DA SAUDE E CUSTAM EM ALGUNS CASOS ATÉ 70x MENOS</p>	04080002 - Ampicilina	500 mg drgs	10	12040001 - Cimetidina		21	09040001 - Furoseida	40 mg cprs	30	04080002 - Ampicilina	500 mg drgs	11	12040001 - Cimetidina		15
04080002 - Captopril	50 mg cprs	21																				
12040001 - Verapamil	120 mg cprs	14																				
04080002 - Ampicilina	500 mg drgs	10																				
12040001 - Cimetidina		21																				
09040001 - Furoseida	40 mg cprs	30																				
04080002 - Ampicilina	500 mg drgs	11																				
12040001 - Cimetidina		15																				

As funções dos níveis superiores do sistema (servidor municipal, concentrador, estadual e federal) podem ser sintetizadas em duas:

- **administração dos TAS:** isto é, todos os TAS são identificados com um número único nacional e podem ser parametrizados ou configurados, de tal forma que o gestor que pode determinar que funções podem ser executadas por cada um dos TAS. Por exemplo: o gestor pode definir que procedimentos ou não podem ser solicitados por um determinado TAS – determinados TAS podem solicitar exames de ressonância magnética, outros não;
- **emissão de relatórios:** o sistema trabalha com relatórios pré-formatados, isto é, que podem ser automaticamente emitidos (Ex.: o boletim de produção ambulatorial que informa a produção de cada estabelecimento de saúde por tipo de procedimento realizado). Trabalha também com uma ferramenta de informática que permite a emissão de relatórios que não foram previamente definidos (Ex.: em um dado momento, o gestor quer saber quantos diabéticos fizeram eletrocardiograma nos últimos três meses).

Toda a operação do sistema é baseada em tabelas residentes, o que facilita a coleta da informação, simplificando a operação do sistema, e contribui para a definição de padrões de informações em saúde. As tabelas utilizadas pelo sistema, disponíveis no *site* do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br), são:

- Ações Programáticas Abreviada Cartão SUS - Tabela de Ações Programáticas de Abrangência Nacional
- Ações Programáticas Cartão SUS - Tabela de Ações Programáticas de Abrangência Nacional
- APAC - Cartão SUS - Tabela APAC
- Aposentados Cartão SUS - Tabela de Aposentados usando a CBO-R 22
- Caráter de Internação - Cartão SUS - Tabela de Caráter da Internação
- Classificação dos Serviços Cartão SUS - Tabela de Classificação de Serviços
- Condição de Alta Cartão SUS - Tabela de Condição de Alta da Internação
- Deficiências Cartão SUS - Tabela de Deficiência Funcional
- Descrição resumo das tabelas e cadastro em uso no Projeto Cartão Nacional de Saúde
- Doenças e Agravos de Notificação Cartão SUS - Tabela de Doenças e Agravos do SINAN
- Encaminhamentos Cartão SUS - Tabela de Encaminhamento
- Escolaridade abreviada Cartão SUS - Tabela de Escolaridade abreviada
- Escolaridade Cartão SUS - Tabela de Escolaridade
- Esfera Administrativa Cartão SUS - Tabela de Esfera Administrativa
- eventos pós-vacina de eventos adversos pós-vacina
- Logradouros Cartão SUS - Tabela de Logradouros
- Medicamentos Cartão SUS - Tabela de Medicamentos
- Motivo de Cancelamento Cartão SUS - Tabela de Motivo de Cancelamento de Consulta Agendada
- Motivo de não Realização Cartão SUS - Tabela de Motivo de Não Realização do Atendimento

- Municípios Cartão SUS - Tabela de Municípios
- Nacionalidades Cartão SUS - Tabela de países
- Natureza da Organização Cartão SUS - Tabela de Natureza da Organização (Natureza Jurídica)
- Natureza da Proc. Abreviada Cartão SUS - Tabela de Natureza da Procura Abreviada
- Natureza da Procura Cartão SUS - Tabela de Natureza da Procura
- Nível de Hierarquia Cartão SUS - Tabela de Nível de Hierarquia
- Ocupação CBO-S Cartão SUS - Tabela CBO-S
- Órgão Emissor - Cartão SUS - Tabela de Órgão Emissor de Documento de Identidade
- Padronização de abreviatura de nomes Cartão SUS - Tabela de Padronização de Títulos, Patentes e Outros
- Profissões CBO-R Cartão SUS - Tabela de Ocupações CBO-R
- RaçaCor Cartão SUS - Tabela de RaçaCor
- Remédios Cartão SUS - Tabela de Remédios
- Serviços Componentes Cartão SUS - Tabela de Serviços Componentes das Unidades de Saúde
- Sexo Cartão SUS - Tabela de Sexo
- Situação Familiar e Conjugal Cartão SUS - Tabela de Situação Familiar e Conjugal
- Tipo de Certidão Cartão SUS - Tabela de Tipo de Certidão
- Tipo de Óbito Cartão SUS - Tabela de Tipo de Óbito
- Tipo de Parto Cartão SUS - Tipo de Parto
- Tipos de Unidades Cartão SUS - Tabela de Tipos de Unidades

PRINCÍPIOS GERAIS DO SISTEMA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

- Qualquer informação identificadora ou diretamente correlacionada com os usuários, decorrente da utilização do Cartão, é considerada confidencial e sujeita às normas éticas que regulam o acesso aos prontuários médicos e o seu uso, bem como às sanções legais, civis, administrativas e penais se comprovada a quebra de sigilo.
- O cidadão não poderá ser coagido ou ter negado seu acesso aos serviços de saúde por não estar de posse do Cartão.
- Os sistemas de informática e bases de dados, direta e indiretamente relacionados ao Cartão Nacional de Saúde, devem ser administrados pelos gestores públicos de saúde nas três esferas de governo e/ou estar sob sua coordenação e responsabilidade.
- O Cartão Nacional de Saúde, assim como os sistemas de informática e equipamentos a ele relacionados devem ser considerados como estratégias e instrumentos de apoio à plena implementação do SUS, sendo resultado dos investimentos públicos já realizados para o fornecimento de informações necessárias a gestão.
- O Cartão Nacional de Saúde deve contribuir para a manutenção e aperfeiçoamento dos sistemas de informações de base nacional e para incrementar a utilização dos sistemas gerenciais de estabelecimentos de saúde, de sistemas para a regulação de internações e de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade.

COMO OS MUNICÍPIOS PODEM SE HIABILITAR PARA A IMPLANTAÇÃO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

A atual fase de implantação do projeto Cartão tem seu término estimado para o meados do segundo semestre de 2001 e o Ministério da Saúde discute, em conjunto com estados e municípios, critérios para expansão do projeto.

No projeto piloto do Cartão Nacional de Saúde já foi adquirida parte da infra-estrutura e do desenvolvimento de *software* necessários para a implantação do projeto em todo o território nacional. Ao mesmo tempo, a disponibilização de recursos do Fundo de Universalização de Serviços de Telecomunicações (FUST) para a área de saúde contribui para que o Ministério da Saúde e os gestores do SUS, nas esferas estadual e municipal, possam agora iniciar a ampliação do processo de implantação do sistema para o conjunto dos municípios brasileiros.

A expansão do Cartão Nacional de Saúde prevê as seguintes atividades:

- cadastramento de população em âmbito nacional (processo já em curso, discutido em texto específico da presente publicação);
- (re) cadastramento de profissionais de saúde e de unidades de saúde (processo coordenado pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde – SAS/MS – e pelas Secretarias Estaduais de Saúde);
- aquisição de cartões de identificação;
- aquisição de equipamentos terminais e de conectividade;
- aquisição de *sites* municipais/regionais;
- adequação dos *softwares* desenvolvidos para o projeto piloto;
- treinamento;
- processo de implantação.

Os cenários de tecnologia para o processo de expansão estão em discussão no âmbito do Ministério da Saúde e dos gestores estaduais e municipais de saúde. Dentre os princípios a serem considerados, destacam-se: requisitos de segurança, desempenho, flexibilidade, capacidade de operacionalização e custos.

A aquisição dos cartões magnéticos de identificação dos usuários será feita pelo Ministério da Saúde, com recursos do Tesouro Nacional, como forma de garantir preços mais competitivos e o *layout* nacional do Cartão. Este processo já está em curso e deve ser concomitante com o cadastramento de usuários.

O financiamento da infra-estrutura de informática e comunicação necessários à implantação do Cartão Nacional de Saúde será parcialmente financiado com recursos do FUST. Este fundo é formado por 1% dos recursos do faturamento das concessionárias de telecomunicações e por 40% dos recursos de concessões na área de telecomunicações.

Cabe ao FUST o financiamento do conjunto dos equipamentos terminais e a manutenção das demandas de comunicação próprias do sistema. Ou seja, o FUST financia inclusive as despesas de telefonia necessárias à operação do Cartão. No FUST também está previsto o financiamento de ações nas áreas de saúde da família e as centrais de regulação e de transplante.

As formas de financiamento definidas pelo FUST são diferentes daquelas usualmente utilizadas na área de saúde. Não serão repassados recursos para os municípios e estados e nem mesmo para o Ministério da Saúde. Cabe aos gestores

do SUS definir o formato dos serviços a serem contratados e a contratação é feita pela Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL).

Em relação aos equipamentos servidores ou *sites* municipais/regionais, o treinamento e a adequação de *softwares*, o financiamento também será garantido pelo Ministério da Saúde, segundo o desenho de tecnologia definido pelos gestores do SUS.

ONDE OBTER MAIORES INFORMAÇÕES SOBRE O SISTEMA

Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde
Departamento de Gerenciamento de Investimentos
Cartão Nacional de Saúde
Esplanada dos Ministérios – Bloco G – 8º andar
Telefone: (061) 315-3293 ou 315-2774

Contato por e-mail:

Endereço geral do Projeto: cartao.sus@saude.gov.br

Grupos de trabalho:

- Cadastramento: cns.cadastramento@saude.gov.br
- Tecnologia: cns.desenvolvimento@saude.gov.br
- Treinamento: cns.treinamento@saude.gov.br
- Implantação: cns.implantacao@saude.gov.br

Na internet: <http://www.saude.gov.br>

DIRETRIZES PARA O CADASTRAMENTO NACIONAL DE USUÁRIOS DO SUS

Brasil. Ministério da Saúde.

Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde.

Departamento de Gerenciamento de Investimentos em Saúde*

INTRODUÇÃO

A Portaria GM/MS nº 17, publicada em 4/1/2001 e republicada em 13/2/2001, institui o Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e regulamenta sua implantação.¹

Cabe ao gestor municipal, mediante adesão, organizar o processo de cadastramento em sua área de atuação, com o objetivo de criar o Cadastro Nacional de Usuários do SUS, que, por sua vez, possibilitará a implantação do Cartão Nacional de Saúde.

O Cartão Nacional de Saúde, uma vez implantado, fortalecerá a consolidação do SUS, gerando ferramentas gerenciais em todos os níveis do sistema e facilitando o processo de assistência, individual e coletiva, ao usuário.

O processo de cadastramento não se resume à identificação dos usuários, mas também inclui a caracterização do domicílio onde estes usuários estão situados. Este relacionamento entre o espaço geográfico e social do domicílio e o indivíduo vem ao encontro das diretrizes do próprio SUS, tornando possível a caracterização da demanda e a definição de áreas de abrangência de cada serviço de saúde, a vinculação da clientela, a regionalização da assistência e a organização dos fluxos de referência e contra-referência.

UTILIDADES A CURTO PRAZO

- **Individualização de Procedimentos** – hoje, apenas os procedimentos hospitalares e alguns procedimentos ambulatoriais de alta complexidade têm registro individualizado. Com isso, não se identificam os nomes dos

* Os autores deste texto optaram por creditar a autoria ao Ministério da Saúde.

¹ A Portaria nº 17/2001 esta publicada em *Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais*.

usuários na maioria dos procedimentos ambulatoriais, gerando problemas na avaliação do impacto de ações programáticas e no fornecimento de insumos e serviços.

Desse modo, não há como identificar se determinado procedimento está sendo realizado repetidamente pelo mesmo usuário, ou se efetivamente o número de procedimentos realizados corresponde ao número de usuários beneficiados. Com a individualização dos procedimentos, o gestor municipal ganha meios para, segundo critérios e prioridades locais, analisar o impacto e a cobertura de programas e serviços oferecidos à população, bem como organizar melhor a assistência, definindo serviços de referência intra e intermunicipais, fixando metas e estabelecendo indicadores de acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde.

- **Vigilância em Saúde** – o Cadastro Nacional potencializa a orientação da intervenção no município a partir do enfoque de vigilância em saúde, na medida em que vincula os indivíduos e seus núcleos familiares ao espaço geográfico e social, permitindo o estabelecimento de associações entre danos, riscos e determinantes em saúde.
- **Atenção Básica** – o cadastramento de indivíduos e domicílios será utilizado pelo SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica) como o cadastro base para a organização dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PACS/PSF), podendo ser utilizado também para o planejamento e organização de serviços de saúde voltados à atenção básica com outros modelos assistenciais.
- **Integração dos Sistemas** – a universalização do Cartão Nacional de Saúde possibilitará a articulação dos sistemas de base nacional (SIM, SINASC, SIA-SUS, SIH-SUS, SINAN, SISVAN, SIAB, SI-PNI etc.), para que, por meio do número do PIS-PASEP a ser gerado pela Caixa Econômica Federal para cada cadastro de indivíduo, sejam relacionadas as informações de maneira individualizada. Caso haja disponibilidade de sistemas locais, estes também poderão se relacionar com o Cadastro.
- **Dados Individuais** – o Cadastro Nacional favorece a elaboração, implantação e análise do impacto de protocolos clínicos em cada indivíduo, bem como a obtenção dos históricos de assistência de qualquer usuário.

TERMO DE ADEÇÃO

O Termo de Adesão Municipal ao Cadastro Nacional de Usuários (Anexo 1), instituído pela Portaria SE/SIS n° 39, de 19 de abril de 2001 e publicada em 26 de abril de 2001,² configura a participação do município no processo de cadastramento.

Para formalizar a adesão, o município deverá discriminar as seguintes informações:

- condição de gestão do município;
- população do município, segundo censo demográfico IBGE/2000;
- população coberta pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e/ou Programa de Saúde da Família (PSF);
- meta de população a ser cadastrada, nunca inferior a 60% (sessenta por cento) do total;
- estratégias propostas para o cadastramento/recursos humanos a serem utilizados;
- responsável pela coordenação do cadastramento no município.

No ato de assinatura do termo de adesão, o gestor se comprometerá com o sigilo e a utilização correta dos dados, bem como com a entrega do cartão aos usuários.

Mesmo com a alternativa da terceirização do processo de cadastramento, por meio da contratação de empresa para a realização da atividade, a responsabilidade pelo processo é do gestor local. A interlocução entre as secretarias municipais, estaduais e a equipe do Cartão Nacional de Saúde deverá ser feita através do responsável pela coordenação do cadastramento no município, vinculados à estrutura da Secretaria Municipal de Saúde.

O termo de adesão, após preenchimento pelo município, deverá ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde para assinatura do gestor estadual. Após ciência e assinatura, deverá ser encaminhado *pela Secretaria Estadual* para:

Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde
Departamento de Gerenciamento de Investimentos
Cartão Nacional de Saúde
Esplanada dos Ministérios – Bloco G
Edifício Sede – 8º Andar
CEP 70058-900 – Brasília – DF

² A Portaria n° 39/2001 está publicada em *Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais*.

PROCESSO DE CADASTRAMENTO

O município deve realizar o cadastramento de todos os seus habitantes, utilizando o formulário definido na Portaria nº17/2001.

Dos princípios e diretrizes que norteiam o processo de cadastramento, destacam-se: a universalidade, a unicidade do sistema e o seu caráter domiciliar, que propiciam confiabilidade, qualidade, humanização do processo e asseguram a base nacional integradora das políticas em curso na área da saúde.

A formulação do processo nacional de cadastramento baseou-se em duas largas experiências de âmbito nacional:

- cadastramento da população-alvo (cerca de 13 milhões de pessoas) para o primeiro ciclo do projeto de implantação do Cartão Nacional de Saúde, em 44 municípios;
- cadastramento das famílias das áreas de abrangência do PACS/PSF, que abrange mais de 10 milhões de famílias cadastradas.

A análise crítica e criteriosa dessas duas experiências foi fundamental tanto para a definição da estratégia a ser adotada quanto para a proposição dos aspectos operacionais do cadastramento único, universal e de âmbito nacional, a ser implementado em todos os municípios que integram a rede de serviços do SUS, independente do modelo assistencial vigente. Nesse sentido, foram feitos os ajustes nos formulários de cadastramento e nos sistemas de informação através dos quais serão alimentados os dados – Sistema Cartão Nacional de Saúde e Sistema de Informação da Atenção Básica.

O cadastramento deve ser de *base domiciliar*, de forma a:

- assegurar a qualidade dos dados coletados (a ocorrência de erros e inconsistências têm sido bem menores quando o cadastramento é realizado em base domiciliar);
- facilitar a distribuição dos Cartões Nacionais de Saúde depois de sua emissão, através da identificação correta do endereçamento e de outras informações importantes para a localização do usuário para a entrega dos cartões;
- induzir a organização das ações desenvolvidas pelas Unidades de Saúde, ao permitir a definição de áreas de abrangência e a adstrição de clientela no curso do processo de mapeamento ou territorialização do município;

- permitir a vinculação do indivíduo ao domicílio, favorecendo a realização de atividades de âmbito coletivo, tais como busca ativa de comunicantes de doenças infecciosas, bloqueio vacinal etc.;
- favorecer o diagnóstico das condições de vida da população residente, permitindo o estabelecimento de correlações entre estas e determinantes dos problemas de saúde identificados na população.

Em um primeiro momento, o processo de cadastramento busca agregar o máximo possível de usuários, representando a carga inicial de informações no sistema. O processo, no entanto, é permanente e dinâmico, seja pela absorção de novos contingentes populacionais, com os nascimentos, ou pela alteração permanente de dados cadastrais, conforme ocorram mudanças de dados pessoais ou de domicílio.

Portanto, o planejamento local de cadastramento, em sua fase inicial, deve levar em conta as funções que o cadastro terá após sua elaboração, carecendo de uma preparação do sistema municipal de saúde, da organização geográfica do município e da equipe que executará as atividades.

Deve-se também considerar que o cadastramento passa a ser atividade permanente dos serviços de saúde, seja através de mudanças no cadastro inicial, ou através da agregação de novos indivíduos, podendo estar integrado a outros programas da área social, como o Bolsa Escola e o Bolsa Alimentação.

O município pode, se assim optar, agregar ao formulário e à base de dados outros conteúdos, desde que não haja qualquer alteração no formato das informações, conforme definido na Portaria nº 17 / 2001, tanto no que diz respeito ao formulário quanto à base de dados enviada ao DATASUS. Para tanto, o sistema e o formulário contam com um campo de *Uso Municipal*. Esse campo pode ser empregado, pelo município, para vincular sistemas locais ao cadastro de indivíduos e domicílios, tais como sistemas de georreferenciamento ou outros sistemas de interesse local.

Informações adicionais podem ser incluídas, desde que não produzam quaisquer alterações nos conceitos ou nos formatos das informações solicitadas, pela dificuldade em compatibilizar, na base nacional, particularidades de sistemas municipais.

Não serão aceitas quaisquer alterações nos conceitos ou nos formatos das informações solicitadas, pela dificuldade em compatibilizar, na base nacional, particularidades de sistemas municipais. Informações adicionais devem ser trabalhadas pelo município.

ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO GEOGRÁFICO

Com base nos princípios do SUS, em que se busca a organização do sistema de saúde por níveis de competência e com base territorial, o processo de cadastramento deve ser orientado como organizador do espaço.

Há diversas experiências municipais de organização do espaço geográfico, seja com a utilização de sistemas locais de referência geográfica, seja com a utilização de sistemas nacionais, como o sistema censitário, elaborado pelo IBGE, ou o sistema de organização do espaço em segmentos, áreas e microáreas, utilizado pelos PSF e PACS.

O Sistema Nacional de Cadastro de Usuários e Domicílios do SUS permite a adaptação de sistemas geográficos ou de codificação ao cadastramento, uma vez que há campos de preenchimento para esta vinculação.

No caso de áreas cobertas pelo PSF ou PACS, os formulários devem ser preenchidos com as codificações referentes ao agente comunitário de saúde responsável pelo domicílio, ao segmento, área e microárea, conforme já utilizado no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Estes campos podem, de forma opcional, ser utilizados pelo município para a classificação de áreas não cobertas pelo PACS/PSF.

Portanto, é necessário o envolvimento dos agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família no processo de cadastramento, uma vez que seus instrumentos de trabalho serão adaptados ao Cadastro Nacional de Usuários do SUS, e sua dinâmica de trabalho já desenvolve atividades de visita domiciliar rotineira. Além disso, o vínculo que se estabelece entre a equipe de saúde da família e a população atendida favorecerá a adesão dos usuários ao cadastramento.

Há também no formulário um campo de *Uso Municipal*, que pode ser utilizado, a critério do município, como campo relacional com sistemas locais de referência geográfica já existentes, ou como campo de classificação geográfica segundo critérios locais. Uma alternativa disponível é a divisão territorial em setores censitários, elaborada e utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na realização do censo populacional de 2000. A correlação entre a base geográfica do cadastramento municipal e os setores censitários, permite, inclusive, a análise entre os dados produzidos através do Cadastro Nacional de Usuários e os provenientes do censo populacional e outros estudos realizados com base populacional.

Fazendo opção pelo sistema de setores censitários, do IBGE, para organização do espaço geográfico, o município deverá solicitar ao escritório regional

do IBGE, localizado no respectivo estado, as informações necessárias para operacionalizar suas atividades. Já existe uma negociação entre o Ministério da Saúde e o IBGE no sentido de uma ação conjunta entre os dois órgãos no cadastramento.

ORGANIZAÇÃO DO CADASTRO

No processo de cadastramento, os domicílios cadastrados devem ser organizados em grupos de no máximo 150 domicílios. Para facilitar a organização, é indicado que cada cadastrador seja responsável por determinada área geográfica, o que facilitará o processo de devolução dos cartões.

Caso haja, dentro do mesmo município, áreas cobertas pelo PACS e/ou pelo PSF e áreas não cobertas, elas devem ser organizadas em lotes diferentes.

Os formulários preenchidos devem estar disponíveis no município durante todo o processo, uma vez que os sistemas de crítica podem, a qualquer momento, requerer correções.

No caso dos domicílios cobertos pelo PACS/PSF, os formulários estarão sendo utilizados cotidianamente pelos agentes comunitários de saúde e pelas equipes de saúde da família, nas visitas mensais preconizadas pelos programas.

EQUIPE DE TRABALHO

A equipe de trabalho que realizará o cadastramento deverá ser definida pelo município. Uma vez que o processo busca fortalecer os vínculos entre os serviços de saúde, suas áreas de abrangência e a população adscrita a cada serviço, é recomendável o envolvimento dos profissionais de saúde no processo.

O cadastro não é um processo único, uma vez que, após o ato inicial de visitação, estará submetido a críticas em todos os níveis de processamento, podendo ser necessária a complementação ou retificação de informações. Logo, a identificação dos cadastradores e a sua vinculação e responsabilidade por determinada área territorial e grupo de domicílios deve ser bem definida, para facilitar todo o processo.

Deve-se também observar que todas as áreas do município sejam cobertas pela equipe de cadastradores.

Os componentes da equipe de trabalho devem incluir, pelo menos:

- **coordenador** – técnico indicado pelo gestor municipal, que fará o acompanhamento do processo e as interlocuções necessárias;
- **operadores** – responsáveis pela alimentação do aplicativo, devendo ser definidos a critério de cada município;
- **supervisores** – responsáveis pelo acompanhamento das ações de cadastramento. Encarregam-se da crítica inicial e aprovação do cadastro efetuado e encaminhamento do mesmo para digitação;
- **cadastradores** – responsáveis pelo trabalho de campo. Cada cadastrador deverá cuidar de uma determinada área territorial e um número definido de domicílios.

Estima-se que cada cadastrador tenha uma produtividade média de 15 (quinze) visitas domiciliares por dia, e que haja sucesso no cadastro em aproximadamente 70% destes domicílios (em torno de 10 domicílios cadastrados/dia, ou seja, aproximadamente 40 usuários/dia).

Quanto ao processamento dos cadastros, a estimativa é que cada formulário seja digitado em 1 (um) minuto.

O projeto piloto do Cartão Nacional de Saúde, desenvolvido em 44 municípios, apresentou diversas metodologias para o cadastramento de indivíduos, uma vez que coube a cada município definir sua estratégia. Destacase, pela eficiência, o trabalho desenvolvido em alguns municípios por pessoal com experiência em recenseamento. Nesses casos, os municípios obtiveram o cadastro de pessoal utilizado pelo IBGE e contrataram esses profissionais, após seleção, para realizar o cadastramento através de visita domiciliar.

Nas áreas cobertas pelos PACS e PSF, o cadastro é de responsabilidade das equipes dos programas.

CRÍTICA

Para que haja sucesso no cadastramento, com a geração de número e posterior emissão do Cartão Nacional de Saúde, é necessário haver consistência no preenchimento dos formulários, conforme as orientações contidas no Manual de Cadastramento de Usuários do SUS.

A lógica do processo de crítica é que o maior número de problemas seja identificado no nível local.

Desta forma, o primeiro momento de crítica corresponde ao ato de verificação, pelo supervisor, do preenchimento adequado dos formulários, e envio dos mesmos para digitação.

A segunda etapa de crítica ocorre na digitação, pois o aplicativo conterà diversas rotinas de crítica, que irão emitir mensagens de erro ou de advertência para correção de dados com formato inadequado ou pouco freqüente.

O aplicativo está sendo desenvolvido de maneira que ele possa ser utilizado em rede ou em microcomputadores desconectados.

Os dados serão enviados ao DATASUS após concentração em um único microcomputador. Neste momento, será realizado o terceiro processo de crítica, onde se verificarão duplicidades de cadastros.

Após o envio, outros processos de crítica serão realizados pelo DATASUS e pela Caixa Econômica Federal, e os erros porventura detectados serão comunicados aos municípios para correção.

CAPACITAÇÃO PARA O CADASTRAMENTO

Para a obtenção de bons resultados no processo de cadastramento, é necessário que o pessoal envolvido esteja capacitado, tanto para as atividades de campo quanto para a supervisão e processamento dos formulários preenchidos.

Para tanto, sugere-se o aproveitamento de pessoal que já tenha estado envolvido em atividades similares, sendo imprescindível a realização de capacitação específica para o cadastramento da área de saúde.

As secretarias estaduais de Saúde serão responsáveis pelo processo de treinamento das equipes municipais que capacitarão os recursos humanos envolvidos no cadastramento local. Sugere-se que participem da organização destas atividades representantes das Escolas Técnicas de Saúde, DATASUS, IBGE, COSEMS dos estados, universidades, pólos de capacitação do PACS/PSF, dentre outros.

DIVULGAÇÃO

Uma vez que a dinâmica de cadastramento consiste em visita domiciliar, a divulgação é estratégica para o sucesso das atividades, considerando que a recepção ao cadastrador dependerá do interesse do usuário em ser cadastrado e, futuramente, em receber o Cartão Nacional de Saúde.

Além das ações de divulgação nacionais, com o uso de meios de comunicação, produção de material publicitário e distribuição para todos os estados e municípios, é necessária a definição de estratégias locais, de acordo com as particularidades regionais.

Para isso, deve-se procurar o envolvimento de outros setores da administração pública, dos profissionais de saúde, entidades prestadoras de serviço, organizações não-governamentais, usuários e conselheiros, promovendo uma mobilização da sociedade em torno da atividade.

ACOMPANHAMENTO DO CADASTRAMENTO

No ato de assinatura do Termo de Adesão, o gestor define uma meta de habitantes cadastrados a cada período de tempo.

Após o início do processo, os supervisores locais e o coordenador devem promover o acompanhamento periódico. Sugerimos a utilização de indicadores de acompanhamento, dentre os quais listamos alguns exemplos:

- número de usuários cadastrados/número de domicílios cadastrados,
- número de usuários cadastrados do sexo masculino/total de usuários cadastrados,
- número de domicílios cadastrados/número de domicílios estimados (utilizar bases preexistentes, como setor censitário, cadastro do PACS/PSF, cadastro municipal),
- número de usuários cadastrados/população residente segundo censo demográfico de 2000,
- número de domicílios cadastrados por cadastrador/dias trabalhados
- número de domicílios cadastrados por cadastrados/total de domicílios cadastrados.

Além da análise global do processo de cadastramento, em cada etapa deve ser feita a crítica dos formulários, verificando-se:

- padronização dos conceitos conforme o Manual de Cadastramento de Usuários do SUS,
- utilização correta dos conceitos pelos diferentes cadastradores,
- preenchimento adequado de todos os campos, conforme tabelas de referência.

Essa avaliação pode ser feita através da observação de distorções de preenchimento entre os diversos cadastradores em atividade.

Todos os processos de crítica, análise, supervisão e controle objetivam a redução do número de cadastros não válidos, uma vez que o retorno ao trabalho de campo será elemento gerador de dificuldades para o trabalho e de aumento de custos.

RESPONSABILIDADE LEGAL

O Ministério da Saúde, os estados e os municípios, através de seus órgãos da administração direta, das entidades, órgãos e instituições da administração indireta, autárquica e/ou fundacional e das entidades, órgãos, instituições e organizações vinculadas, coordenadas e/ou supervisionadas, comprometem-se a não divulgar, sob nenhuma forma, meio (eletrônico, magnético, impresso e audiovisual) ou suporte (cartão, disquete, CD, fitas magnéticas, e-mail, papel, fita cassete ou de vídeo) os cadastros e/ou arquivos referentes às unidades de saúde, aos profissionais de saúde e aos usuários do SUS, que vierem a ter acesso por intermédio do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais de Saúde, das secretarias municipais de Saúde e das empresas contratadas ou subcontratadas para o projeto de implantação do Cartão Nacional de Saúde. Também se responsabilizam pelo arquivamento, guarda e segurança desses cadastros e arquivos e das senhas que permitem seu acesso, de maneira a impedir a divulgação sob pena de o responsável pelo não cumprimento de alguma dessas obrigações incorrer nas penas da Lei 8.112 (Artigos 116, 117, 121 a 126 e 132) e do Artigo 154 do Código Penal.

FINANCIAMENTO

Os municípios executores do cadastramento serão remunerados da seguinte forma:

- novos cadastros de usuários – R\$ 0,50 (cinquenta centavos) para cada cadastro válido;
- adequação de cadastros do PACS/PSF ou similares – R\$ 0,20 (vinte centavos) para cada cadastro válido.

Em ambos os casos, a remuneração será liberada após a validação do cadastro pela Caixa Econômica Federal.

O município, mediante assinatura do termo de adesão, receberá 15% (quinze por cento) do total dos recursos financeiros, definidos de acordo com a estimativa populacional informada no termo.

Estes recursos serão transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde para a conta Piso Assistencial Básico (PAB) de cada município. Caso o município não realize o cadastramento de, pelo menos 15% (quinze por cento) de sua meta, no período de 4 (quatro) meses após o recebimento dos recursos, os valores serão deduzidos do PAB do município.

CONTATOS

Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde
Departamento de Gerenciamento de Investimentos
Projeto Cartão Nacional de Saúde
Esplanada dos Ministérios – Bloco G – 8º andar
Telefone: (061) 325-2069
Fax: (061) 315-2774
E-mail: cns.cadastramento@saude.gov.br
Internet: <http://www.saude.gov.br>

ANEXO I

TERMO DE ADEÇÃO MUNICIPAL AO CADASTRAMENTO NACIONAL DE USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE			
1. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO			
1.1. Nome	1.2. Código IBGE	1.3. UF	
1.4. Condição de gestão	() Plena da Atenção Básica	() Plena do Sistema Municipal	
2. DADOS DEMOGRÁFICOS			
2.1. Número total de habitantes (segundo censo demográfico IBGE 2000)			
2.2. Estimativa de população coberta pelo PACS e/ou PSF			
3. ESTIMATIVA DE POPULAÇÃO A SER CADASTRADA (considerando cadastro realizado, digitado e enviado ao Ministério da Saúde)			
	População coberta pelo PACS e/ou PSF	População não coberta pelo PACS e/ou PSF	TOTAL
Até o 2º mês após a adesão ao cadastramento			
Do 2º ao 4º mês após a adesão ao cadastramento			
Do 4º ao 6º mês após a adesão ao cadastramento			
Do 6º ao 12º mês após a adesão ao cadastramento			
TOTAL			
4. ESTRATÉGIAS PROPOSTAS PARA O CADASTRAMENTO			
() Cadastro exclusivamente feito por agentes comunitários de saúde e/ou profissionais do PACS/PSF			
() Cadastro feito por agentes de saúde e por outros profissionais designados pelo município			
() Cadastro contratado junto a empresa especializada			
() Cadastro realizado por equipe própria da área de saúde do município			
() Outras estratégias Especificar:			
5. CLÁUSULA DE RESPONSABILIDADE			
O Ministério da Saúde, os Estados e os Municípios, por meio de seus órgãos da administração direta, das entidades, órgãos e instituições da administração indireta, autárquica e/ou fundacional e das entidades, órgãos, instituições e organizações vinculadas, coordenadas e/ou supervisionadas, comprometem-se a não divulgar, sob nenhuma forma, meio (eletrônico, magnético, impresso, audiovisual ou outros meios) ou suporte (cartão, disquete, CD, fitas magnéticas, e-mail, papel, fita cassete ou de vídeo, ou outros meios) os cadastros e/ou arquivos referentes às unidades de saúde, aos profissionais de saúde e aos usuários do SUS, que vierem a ter acesso por intermédio do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde e das empresas contratadas ou sub-contratadas para o projeto de implantação do Cartão Nacional de Saúde, ou de qualquer outra atividade relacionada à gestão do sistema de saúde, bem como se responsabilizar pelo arquivamento, guarda e segurança desses cadastros e arquivos e das senhas que permitem seu acesso, de maneira a impedir sua divulgação sob pena de o responsável incorrer nas penas da Lei 8.112 (Artigos 116, 117, 121 a 126 e 132) e do Artigo 154 do Código Penal pelo não cumprimento de alguma dessas obrigações.			
Promover a entrega, aos usuários cadastrados, dos cartões produzidos pelo Ministério da Saúde para a implantação do Cartão Nacional de Saúde, num prazo máximo de quinze dias úteis após o recebimento.			
6. RESPONSÁVEL PELA COORDENAÇÃO DO CADASTRAMENTO NO MUNICÍPIO			
6.1. Nome	6.2. Telefone		
6.3. Cargo/função	6.4. E-mail		
7. LOCAL E DATA			
8. ASSINATURA DO MUNICÍPIO			
9. ASSINATURA DO GESTOR ESTADUAL			

TERMO DE ADESÃO ESTADUAL À COORDENAÇÃO DO CADASTRAMENTO
NACIONAL DE USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTADO

1.1. Nome

1.2. UF

2. CLÁUSULA DE RESPONSABILIDADE

O Ministério da Saúde, os Estados e os Municípios, através de seus órgãos da administração direta, das entidades, órgãos e instituições da administração indireta, autárquica e/ou fundacional e das entidades, órgãos, instituições e organizações vinculadas, coordenadas e/ou supervisionadas, comprometem-se a não divulgar, sob nenhuma forma, meio (eletrônico, magnético, impresso, audiovisual ou outros meios) ou suporte (cartão, disquete, CD, fitas magnéticas, e-mail, papel, fita cassete ou de vídeo, ou outros meios) os cadastros e/ou arquivos referentes às unidades de saúde, aos profissionais de saúde e aos usuários do SUS, que vierem a ter acesso por intermédio do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde e das empresas contratadas ou sub-contratadas para o projeto de implantação do Cartão Nacional de Saúde, ou de qualquer outra atividade relacionada à gestão do sistema de saúde, bem como se responsabilizar pelo arquivamento, guarda e segurança desses cadastros e arquivos e das senhas que permitem seu acesso, de maneira a impedir sua divulgação sob pena de o responsável incorrer nas penas da Lei 8.112 (Artigos 116, 117, 121 a 126 e 132) e do Artigo 154 do Código Penal pelo não cumprimento de alguma dessas obrigações.

3. RESPONSÁVEL PELA COORDENAÇÃO DO CADASTRAMENTO NO ESTADO

3.1. Nome

3.2. Telefone

3.3. Cargo / função

3.4. E-mail

4. LOCAL E DATA

5. ASSINATURA DO GESTOR ESTADUAL

A PRÁTICA DO CONTROLE SOCIAL E OS CONSELHOS DE SAÚDE EM 14 REFLEXÕES*

Brasil. Ministério da Saúde.

Conselho Nacional de Saúde**

1. ATRIBUIÇÕES LEGAIS E O ESPAÇO DE ATUAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

A lei confere aos Conselhos de Saúde as atribuições de *atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde*, atribuições estas que são também próprias dos poderes Executivo e Legislativo.

Por isso, segundo a lei, os Conselhos de Saúde atuam compartilhando suas atribuições com os gestores propriamente ditos (Ministério e Secretarias de Saúde) e as Casas Legislativas (Congresso Nacional, Assembléias Estaduais e Câmaras de Vereadores). Ao integrarem o Poder Público e o Estado, os Conselhos de Saúde têm diante de si a definição do seu espaço privilegiado de atuação em que devem exercer as suas atribuições. Nesse aspecto, é importante destacar que a grande amplitude e diferenciação desse espaço inclui os demais órgãos do Poder Executivo, os Tribunais de Contas vinculados ao Poder Legislativo, o Ministério Público e o Poder Judiciário.

Aqui reside uma das estratégias centrais dos Conselhos de Saúde, que é a realização das suas atribuições legais no processo da permanente construção das suas articulações e relações especiais com os gestores do SUS e com as Casas Legislativas.

Com relação às duas atribuições legais, cabe ainda uma consideração: a atuação na formulação de estratégias diz respeito a uma postura combativa/ofensiva/criadora de construção do novo modelo; e a atuação no controle da execução das políticas, a uma postura defensiva, contra os desvios e distorções. Essas duas visões devem ser relativizadas: a atuação na formulação não deve ser 'vanguardista' e isolada, mas sempre que possível, articulada e sinérgica com o gestor do SUS (que tem assento no Conselho de Saúde) e o Poder Legislativo, sem qualquer prejuízo da autonomia e agilidade próprias do Conselho.

* Texto retirado do Caderno *A Prática do Controle Social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS*, publicado pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde. Série Histórica do CNS, nº1. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Reprodução autorizada pelos autores. (Para efeito desta publicação, reproduziu-se apenas a primeira parte do texto original).

** Os autores deste texto optaram por creditar a autoria ao Ministério da Saúde.

Entretanto, a atuação no controle da execução não deve ser meramente de fiscalização tradicional burocrática, mas sim de acompanhamento permanente da execução dos programas prioritários do SUS, de pesquisas por amostragem de usuários, prestadores e profissionais e de indicadores de saúde. Deve-se ter o cuidado, nesse processo, de não responsabilizar somente os serviços de saúde por todas as agressões a saúde dos cidadãos, uma vez que elas também podem estar relacionadas a outras variáveis (sociais, econômicas, raciais, etárias e de gênero).

2. OS OBJETIVOS E OS GRANDES OBJETOS DE ATUAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Objetivos

Contribuir para a gestão no âmbito dos princípios do SUS, especialmente nos aspectos:

- situação de saúde da população sob o ângulo dos riscos sociais e epidemiológicos, dos direitos de cidadania dos grupos populacionais e de cada indivíduo;
- prioridades das intervenções (ofertas de serviços) de promoção, proteção e recuperação da saúde da coletividade e de grupos de riscos;
- formulação de diretrizes e estratégias das intervenções do SUS (oferta de serviços), levando em conta a relação custo-benefício;
- formulação de diretrizes e estratégias para o processo de planejamento, compromissos de metas, orçamentação e execução orçamentária;
- acompanhamento e avaliação do processo de execução dos planos, do orçamento e do cumprimento de metas, em função dos resultados de impacto na saúde da população geral e dos grupos de riscos, no âmbito das responsabilidades e atribuições legais do gestor;
- recebimento, dos demais órgãos da gestão, de todas as informações necessárias ao cumprimento das atribuições legais do Conselho de Saúde, em relações de parceria e sinergismo.

Objetos

- O estado de saúde da população, identificado por indicadores sociais, epidemiológicos e pelas entidades representantes da população usuária, visando a orientar os Conselhos de Saúde sobre as prioridades e as estratégias a serem assumidas pelos gestores.
- Os princípios constitucionais da *universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização/regionalização e participação*, que constituem o referencial da construção do novo modelo assistencial e de gestão.
- O velho modelo assistencial de saúde que privilegia os interesses dos fabricantes e fornecedores privados de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, bem como os serviços de saúde transformados em meras mercadorias, e que persistem em colocar o lucro máximo sempre acima dos direitos da saúde da população usuária. Na oferta de serviços predomina a assistência às doenças, com alta porcentagem de assistência evitável ou desnecessária. Os valores desse modelo são a produção quantitativa de serviços, de média e alta complexidade, demanda espontânea a estes serviços, o lucro, o classismo e a exclusão.
- O novo modelo assistencial de saúde, que privilegia os interesses e direitos de cidadania da população usuária, partindo sempre das suas necessidades, identificadas pelos indicadores sociais, epidemiológicos e pelas informações das entidades representantes dos usuários. Na oferta de serviços predomina a defesa da vida e a proteção da saúde, sem deixar de assistir os doentes, a partir de rede de Atenção Básica à Saúde resolutiva, equitativa e de acesso universal.
- O velho modelo de gestão financeira, de materiais e de pessoal, e os instrumentos gerenciais que realizam o velho modelo assistencial.
- O novo modelo de gestão financeira, de materiais e de pessoal, adequando ou criando novos instrumentos gerenciais que constroem o novo modelo assistencial.

As entidades e instituições representadas nos Conselhos de Saúde, visando a sua permanente informação e alimentação com todas as deliberações, formulações e discussões aprovadas de forma consensual, nas reuniões plenárias dos Conselhos.

3. RELAÇÕES DO CONSELHO DE SAÚDE COM A GESTÃO

Apesar de os Conselhos de Saúde integrarem a estrutura legal do Poder Executivo (Gestão do SUS), suas atribuições encontram-se limitadas ao espaço privilegiado e bem identificado de atuação na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. Por isso, os Conselhos de Saúde devem reconhecer as competências típicas da gestão, que são: planejamento, orçamentação, programação, normatização, direção/gerência, operacionalização/execução e controle/avaliação.

O conjunto dessas funções configura o percurso que os recursos públicos devem fazer, desde a sua alocação inicial, até a 'ponta' do sistema, quando devem ser transformados em ações concretas, benefícios e resultados para a população.

O fato de reconhecer essas funções como típicas dos gestores não desobriga os membros dos Conselhos de Saúde de conhecer seus aspectos básicos ou as 'vigas mestras' deste processo, a fim de controlá-lo a favor dos direitos da população usuária e do novo modelo assistencial. Expressões como: Condições de Gestão dos Municípios e Estados, Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Piso de Atenção Básica (PAB), Programação Pactuada Integrada (PPI), Tetos Financeiros, Regulação dos Planos e Seguros Privados, Modalidades de Repasses, Peça e Execução Orçamentárias, Políticas de Investimento e Custeio, Sistema de Informações dos Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), Norma Operacional Básica (NOB) e outras podem ser facilmente explicadas e aprendidas, assim como seu significado na construção do SUS, por todos os conselheiros, de todos os níveis de instrução.

Caso o gestor, por qualquer motivo, deixe de assumir qualquer das suas funções, cabe ao Conselho, dentro das suas atribuições, e esgotadas todas as possibilidades de convencimento e parceria, mobilizar forças sociais e instituições, o Poder Legislativo, o Tribunal de Contas e o Ministério Público, visando ao bom cumprimento de todas as funções do gestor.

A pouca clareza sobre os limites entre as competências dos Conselhos de Saúde e dos órgãos típicos de Gestão é consequência da baixa experiência acumulada e de alguns equívocos e conflitos que afloraram no início do processo de conformação dos conselhos, encontrando-se agora em fase de superação. Por parte dos gestores, a reação inicial de incômodo com as atividades dos Conselhos, e sua rotulação fácil de "basistas", "corporativistas", "partidarizados" e "dificultadores da eficiência da gestão". Por parte dos Conselhos de Saúde, a reação inicial de crítica negativa direta aos gestores e sua rotulação fácil de "incompetência", "burocratismo", "fisiologismo", "cooptação", "autoritarismo" e "corrupção".

Estes rótulos não expressam desvios reais. São exagerados e fruto de inseguranças e preconceitos de ambos os lados.

Hoje, entretanto, é evidente o processo de amadurecimento e superação deste tipo de conflito, inclusive porque já está demonstrado que o compromisso com o bem público não a monopólio nem virtude de apenas um dos lados. Também aprofunda-se o reconhecimento e respeito as atribuições legais específicas tanto das funções da gestão como do controle social através dos Conselhos de Saúde. É de se notar o crescimento de experiências de Conselhos comunitários e/ou gestores por unidades prestadoras de serviços, desde postos e centros de saúde até hospitais do SUS, a partir do final dos anos 90.

4. RELAÇÕES ENTRE OS REPRESENTANTES DOS SEGMENTOS E ENTIDADES DENTRO DE CADA CONSELHO

Cada um dos quatro segmentos que integram obrigatoriamente o Conselho de Saúde (usuários, prestadores de serviços, profissionais e governo) são naturalmente defensores das reivindicações específicas do segmento e dos associados das entidades, que, por sua vez, foram criadas para dirigir a conquista dessas reivindicações. O funcionamento dos Conselhos de Saúde foi revelando que a simples soma das reivindicações e 'direitos' de cada segmento, entidade e instituição não é a mesma coisa que a realização das diretrizes da *equidade e universalidade*, através de metas e etapas concretas e realistas. Tampouco os recursos públicos crescem segundo a simples soma dos direitos e reivindicações de todos os segmentos e entidades.

Daí, decorreu o crescente exercício das articulações e negociações entre as entidades e os segmentos, sempre em busca de avanços e conquistas a favor do SUS, da cidadania e do novo modelo assistencial e de gestão, e que ao mesmo tempo satisfaça, ainda que parcial e gradativamente, os interesses e reivindicações de cada segmento e entidade.

Este exercício e busca vêm caracterizando os Conselhos de Saúde como órgãos colegiados heterogêneos, plurais e conflituosos entre os segmentos e entidades. Mas, ao mesmo tempo, vêm tornando-os competentes e maduros para negociar interesses e conflitos a favor de conquistas parciais e gradativas do SUS, seus princípios e novo modelo.

Pode-se, hoje, reconhecer que os Conselhos de Saúde vêm acumulando a experiência de constituir um palco de disputa de projetos de sociedade, com

origem em cada um dos quatro segmentos nele representados e, por vezes, de cada entidade. Entretanto esta disputa vem se limitando e se direcionando ao espaço da construção da cidadania da saúde e do SUS. É a característica legal dos Conselhos de Saúde, de serem simultaneamente sociedade e Estado, que lhes confere tal delimitação e direcionamento.

Por isso, as disputas dos vários projetos de sociedade não podem nem devem trazer, para dentro dos Conselhos, os confrontos: situação governamental x oposição; um partido x outro partido; Estado x sociedade; corporação x corporação; corporação x sociedade, dentre outros.

Estes conflitos são próprios das lutas democráticas. No caso da saúde, já avançaram e pactuaram na Constituição e na Lei, para construir um sistema de cidadania, pluripartidário e social. Basta observar o mapa dos partidos nos municípios e estados há três gestões (últimos 12 anos), para constatar a 'pluripartidarização' e a continuidade do compromisso efetivo com o SUS, com os municípios 'puxando' o processo, secundados pelos estados.

5. CRITÉRIOS BÁSICOS DA ELABORAÇÃO DAS PAUTAS DAS REUNIÕES ORDINÁRIAS DOS CONSELHOS DE SAÚDE

É indispensável que os Conselhos de Saúde formulem sua Agenda de Temas Básicos na construção do SUS na sua área, com a necessária agilidade para acompanhar ou antecipar-se à Agenda Básica do Gestor correspondente, pois este é o responsável direto da construção do SUS. É imprescindível para o Conselho de Saúde articular canais de informações estratégicas sobre a agenda real dos temas e iniciativas do gestor.

Sob as condições referidas, os temas de cada reunião do plenário do Conselho, tanto na formulação de estratégias, como no controle das políticas, devem ser priorizados segundo três critérios iniciais:

- **Pertinência** - o assunto é tanto mais pertinente quanto mais ligado às bases da construção do SUS e do novo modelo assistencial, refletidas na Constituição Federal, nas Leis Nacionais, nas Constituições Estaduais, nas Leis Orgânicas dos municípios e nas Normas Básicas das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites.
- **Relevância** - a experiência acumulada e o senso comum do plenário de cada Conselho possibilitam identificar os temas mais ligados às *causas* e menos às *conseqüências*, mais ao *atacado* e menos ao *varejo*, mais ao *prioritário* e

menos ao *secundário*, enfim, os mais relevantes. Deve-se lembrar, contudo, que a prioridade dos mais relevantes não deve excluir o conjunto dos temas secundários, conseqüências do varejo, que, ao serem analisados no conjunto, proporcionam um exercício e aprendizado permanentes para o Conselho chegar com realismo às *causas* e estabelecer suas estratégias.

- Oportunidade – é a sensibilidade e a visão política que, a partir da avaliação da conjuntura, indicam para o Conselho os momentos mais ou menos oportunos para a sua intervenção, porque o obriga a avaliar as demais fontes de interesses e poderes, também envolvidas com o tema, e suas mobilizações em torno dele. Este senso de oportunidade ajuda a ampliação das alianças necessárias e, por vezes, imprescindíveis, na sociedade, no Poder Legislativo, no Poder Executivo e em outras instâncias. Mesmo que o tema seja pertinente e relevante, pode necessitar de melhor preparo, alianças e oportunidade, ou, pelo contrário, pode necessitar posicionamento imediato do Conselho.

6. ASPECTOS IMPORTANTES DA APROVAÇÃO DAS DELIBERAÇÕES DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Afora as deliberações consideradas emergenciais pelo plenário do Conselho de Saúde, a grande maioria dos temas pautados podem exigir duas ou mais reuniões ou podem necessitar de deliberação já na primeira reunião. Vai depender da complexidade do tema, que pode exigir melhor conhecimento pelas entidades e segmentos e da complexidade das articulações e negociações necessárias.

Em princípio, a deliberação final não deve excluir nenhum dos quatro segmentos: dois ou três segmentos não devem 'bater chapa' contra o(s) outro(s), pelo simples fato de que, na verdade, o SUS somente pode cumprir o acesso universal aos serviços, à equidade e à integralidade, com a adesão e participação dos quatro segmentos. O que não pode ser excluído na vida real, não pode também dentro do Conselho. Por isso, o desafio é insistir no convencimento, na negociação e nas deliberações por consenso do plenário do Conselho.

As deliberações, no campo da formulação de estratégias, mais pertinentes, relevantes e oportunas, que impliquem a adoção de medidas administrativas da alçada privativa do Gestor (governo), devem ser homologadas pelo governo, isto é, transformadas em ato oficial do gestor.

As deliberações são referentes ao controle da execução das políticas de saúde, verificação da coerência dos atos do gestor e dos programas e ações de saúde, com as diretrizes do SUS, acompanhamento dos gastos públicos na saúde e seus resultados para a população.

As articulações e organização interna do Conselho com os outros Conselhos de Saúde, com o Poder Legislativo e com outras instituições e entidades da sociedade devem estar protegidas pela autonomia do Conselho de Saúde perante o gestor, isto é, não devem depender da homologação para se realizarem.

É oportuno lembrar que os interesses e forças contrárias ao SUS e ao novo modelo assistencial e de gestão são ainda capazes de pressionar e influenciar importantes setores da área econômica, núcleos de poder e da própria sociedade, para impedir mudanças. Entretanto, a competência das discussões e aprovações no Conselho de Saúde, envolvendo os segmentos e entidades mais diversos da sociedade, no Conselho representados, em uma mesma deliberação, pode mobilizar força política capaz de continuar construindo o SUS, inclusive, quando a deliberação não é homologada.

7. O PAPEL DAS COMISSÕES DOS CONSELHOS DE SAÚDE

As comissões do Conselho de Saúde podem estar previstas na própria lei ou decreto que cria o Conselho, ou podem ser instituídas pelo seu plenário, preferentemente constando no Regimento Interno, a não ser que sejam comissões provisórias ou grupos de trabalho. Em qualquer dos casos, o caráter deliberativo do Conselho de Saúde é privativo do seu plenário.

As comissões e grupos de trabalho têm finalidade exclusiva de assessorar o plenário do Conselho, fornecendo-lhe subsídios de discussão para deliberar sobre formulação de estratégias e controle da execução de políticas de saúde.

Exemplificando, a Lei 8.080/90 atribui às Comissões Intersetoriais do Conselho Nacional de Saúde (CNS) a finalidade de *articular políticas e programas de interesse da saúde*. O plenário do CNS, através de uma definição interna, assim completou: "as Comissões e Grupos de Trabalho não são, deliberativos, nem normatizadores, nem programadores; devem recolher e articular as políticas, normas e programas das instituições e setores de interesse para o SUS, visando a sua consolidação para subsidiar o plenário do Conselho, que então considera a validade ou não, de deliberar".

8. RELAÇÕES DOS CONSELHOS DE SAÚDE COM AS ENTIDADES E SEGMENTOS REPRESENTADOS NO CONSELHO

O rico exercício das articulações e negociações na busca dos consensos em torno de temas estratégicos na construção do SUS, assim como dos esforços de convencimento e negociação transparente dos dissensos, evitando-se os confrontos, vem configurando os Conselhos de Saúde como 'novos coletivos'. Inusitados, devido à sua diversidade e inúmeros conflitos internos, mas cada vez mais articulados em torno da consciência e da construção do SUS, este 'novo coletivo' vai construindo uma nova cultura política, que busca informações, analisa, avalia, formula estratégias e controla a execução das políticas de saúde. Por sua vez, esta nova cultura política já não corresponde à simples soma das culturas políticas de cada um dos quatro segmentos básicos e das entidades que integram o Conselho.

Daí a necessidade de os conselheiros assumirem, gradativamente, a disposição consciente de retornar permanentemente para as suas entidades, tanto as deliberações do Conselho como as discussões que geraram as deliberações, com o objetivo de conquistar a adesão e mobilização das entidades, através das suas diretorias e assembléias. Aí reside o grande potencial da força política dos Conselhos de Saúde. Suas deliberações somente terão poder de mudanças para a construção do SUS, na medida em que as entidades priorizem, nas suas agendas de pressões e mobilizações, as deliberações dos Conselhos.

Por isso, o único limite do controle social através dos Conselhos de Saúde será o grau de organização e mobilização de toda a sociedade na construção do Estado democrático. Sob este ponto de vista, é desejável e legítimo que cada conselheiro reconheça e assuma suas duas faces complementares de atuação: a da cultura política do 'coletivo homogêneo' da sua entidade ou instituição de origem e a da cultura política do 'coletivo heterogêneo' do Conselho de Saúde.

9. RELAÇÕES DO CONSELHO DE SAÚDE COM O PODER LEGISLATIVO

O atendimento à reivindicação, extremamente desejada pelas entidades e instituições, para os Conselhos serem reconhecidos e criados em lei requer uma mobilização competente perante os vereadores nas câmaras municipais, deputados estaduais nas assembléias estaduais e deputados federais e senadores no Congresso Nacional. A competência dessa mobilização deve, evidentemente, ser em função dos princípios do SUS e da composição democrática do Conselho, através das entidades mais representativas dos quatro segmentos (usuários, prestadores de serviços, profissionais e gestores/governo), garantindo que o caráter 'pluralista'

do conselho seja o mesmo da sociedade de cada município e estado. É importante lembrar que a composição 'da sociedade' muda (às vezes muito) entre os estados e entre os municípios. As entidades e instituições, representadas nos Conselhos de Saúde, e os próprios Conselheiros ainda não desenvolveram suficientemente as imprescindíveis articulações com o Poder Legislativo do seu município, estado e da União.

Aparentemente, há um razoável equívoco de limitar os esforços e conquistas da democracia participativa somente ao Poder Executivo. Este equívoco pode agravar-se ao considerarmos que o Poder Legislativo é, historicamente, o mais sensível à construção da democracia e do Estado democrático. É o primeiro que altera sua rotina de atividades, às vezes profundamente, sempre que a sociedade se organiza e se mobiliza com mais vigor.

Foi o Legislativo que legou à sociedade brasileira a "Constituição Cidadã", quando esta se mobilizou vigorosamente pelo final da ditadura e volta do Estado de direito, e logo em seguida, as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais. O Legislativo votou a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF) quando as entidades e instituições se mobilizaram pelo SUS, mesmo com o risco da 'armadilha' financeira que acabou acontecendo. Agora, cinco anos após, com nova mobilização da sociedade, reforçada pelas instituições públicas de saúde, foi o Legislativo que votou a Emenda Constitucional nº 29, para o financiamento do SUS, que, apesar de estar aquém do necessário, significa grande avanço em relação à situação anterior e coloca, mais uma vez, a construção do SUS na resistência ao perverso processo econômico-financeiro que obstaculiza as políticas sociais do país.

Cabe lembrar que, além do Legislativo, devem ser buscadas permanentemente parceria e sinergismo com o Ministério Público, Tribunais de Contas e demais instituições e entidades do campo da defesa do consumidor e do controle social.

10. RELAÇÕES DOS CONSELHOS DE SAÚDE ENTRE SI

A grande novidade, complexidade e inexperiência de exercer o controle social na saúde, através dos Conselhos de Saúde, a partir de 1991, foi sendo realizada espontaneamente em cada Conselho criado, ano após ano, na década de 90. Também espontaneamente, Conselhos Municipais foram se apoiando em outros de municípios vizinhos mais experientes, o mesmo acontecendo com os Conselhos Estaduais. Em 1992, o CNS elabora e aprova a Resolução nº 33/92 para orientar os Conselhos Estaduais e Municipais. Tendo cumprido este papel, a Resolução requer, hoje, atualizações que o CNS, com mais oito anos de experiência, deverá promover.

Um outro aspecto que deve ser destacado nas relações dos Conselhos de Saúde entre si é a iniciativa da realização, a partir da segunda metade dos anos 90, dos encontros de conselheiros e plenárias de Conselhos, fato positivo, de troca de experiências e fortalecimento do controle social, tanto no âmbito nacional, como no estadual e microrregional.

Para a continuidade do sucesso dos encontros e plenárias, não devem aumentar algumas tendências que resistem em organizar e mobilizar o controle social na amplitude do 'pluralismo' dos próprios Conselhos. Elas dirigem seus esforços exclusivamente aos segmentos dos usuários e profissionais mais injustiçados, que, apesar de constituírem a maioria das pessoas envolvidas com o SUS, não têm a finalidade de substituir as deliberações 'pluralistas' de milhares de Conselhos de Saúde, imprescindíveis na construção do SUS no país. É necessário que estas tendências reconheçam que as lutas sociais das majorias, contra o sistema financeiro insaciável, é luta histórica inexorável da sociedade e do Estado. A manipulação da indignação da maioria injustiçada contra as entidades e instituições aliadas, dentro dos Conselhos e das plenárias de Conselhos de Saúde, revela grave distorção.

Também merecem destaque os esforços bem-sucedidos do CNS, que, em parceria com a Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, realiza o cadastramento de todos os Conselhos Estaduais e Municipais e um levantamento das condições de estrutura e funcionamento de todos eles; e, em parceria com a Secretaria de Investimentos em Saúde, o Projeto de Capacitação dos Conselheiros de Saúde e Membros do Ministério Público.

O último destaque refere-se a uma prática que vem se tornando bastante construtiva, que é o papel dos Conselhos Estaduais de Saúde como instâncias de mediação e conciliação para as tensões e questões internas pendentes dos Conselhos Municipais do mesmo estado, o mesmo acontecendo com o Conselho Nacional de Saúde em relação aos Conselhos estaduais.

11. O CONTROLE SOCIAL E A DEMOCRATIZAÇÃO DOS GOVERNOS E DO ESTADO NO BRASIL

Controle social é aqui entendido como o controle sobre o Estado pelo conjunto da sociedade organizada em todos os segmentos sociais. Evidentemente, esse controle deve visar ao benefício do conjunto da sociedade e deve ser permanente. Por isso, quanto mais os segmentos da sociedade se mobilizarem e se organizarem, maior será a pressão para que seja efetivado o Estado democrático.

Assim, a democracia representativa que aguarda, a cada quatro anos, a eleição de representantes da sociedade (Poder Executivo e Legislativo), passa gradativamente a se completar com as várias formas de democracia participativa que as conquistas sociais e democráticas vão realizando. No momento, este processo atinge crescentemente os governos municipais.

12. AS RAÍZES DO CONTROLE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE NO BRASIL

Já no início do século passado, os movimentos trabalhistas urbanos criavam as Caixas de Aposentadorias e Pensões, que são transformadas nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), com forte peso dos sindicatos de trabalhadores e entidades patronais, em relação ao governo federal, na sua organização e gestão, inclusive, da assistência médico-hospitalar. Este é o primeiro 'embrião' significativo de controle por parte de um único segmento da sociedade, os sindicatos urbanos. Outras atividades de controle, por outros segmentos e grupos de interesses, vão se acumulando, até um segundo momento marcante, nos anos 70, quando se dá verdadeira explosão de migração populacional para as periferias das cidades grandes, consequência da enorme concentração da renda e da desigualdade social da população.

Nessa ocasião, aumentou consideravelmente o número de associações de moradores, entidades religiosas, movimentos femininos, entidades filantrópicas e de vários outros movimentos comunitários, que passaram a exercer atividades e pressões de controle, ainda fracionado por segmento, em função de reivindicações específicas, inclusive por serviços de saúde, direcionadas fundamentalmente às prefeituras municipais.

Todas essas formas de pressões e controle deram-se e continuam a se dar principalmente por iniciativas dos movimentos e entidades da sociedade organizada. O controle social seria a resultante da articulação e da negociação dos interesses fracionados e específicos de cada segmento, a favor dos interesses e direitos de cidadania do conjunto da sociedade. Ao ser exercido pelo conjunto das entidades e instituições da sociedade organizada, tende a ser o controle mais efetivo e legítimo, a favor do conjunto da sociedade.

13. CONTROLE SOCIAL E OS CONSELHOS DE SAÚDE

Não se substitui o controle social pelos movimentos sociais da sociedade organizada, como os sindicais, os comunitários, os de defesa do consumidor, os

partidos políticos e outros. É conquista das mobilizações sociais e democráticas dos anos 80, que se consolidaram na Constituição Federal de 1988 e nas Leis 8.080/90 e 8.142/90. Ao integrar os Conselhos de Saúde na estrutura legal do Poder Executivo, esta conquista acrescenta uma trincheira decisiva para o controle social, que é um enclave do controle social dentro do Estado: os Conselhos Municipais de Saúde são órgãos das Secretarias Municipais de Saúde, os Conselhos Estaduais de Saúde, órgãos das Secretarias Estaduais de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde, órgão do Ministério da Saúde.

Estes novos órgãos do Poder Executivo possuem uma composição e um papel com características inusitadas e diferenciadas: sua composição é tão heterogênea e plural quanto a própria sociedade. Metade dos Conselheiros provém de entidades representantes dos usuários; a outra, além do Governo, é constituída de representantes de entidades dos prestadores de serviços e dos profissionais de saúde.

Tamanha conquista democrática está à altura de um grande objetivo - assegurar a construção de um modelo assistencial baseado nos direitos de cidadania de toda a população, intersetorial, em defesa da vida e da saúde, e com acesso universal e equitativo a todos os níveis da atenção integral à saúde, da coletividade, dos grupos populacionais expostos a riscos específicos e de cada indivíduo. E tudo isso efetivado por um modelo de gestão descentralizado e participativo, que otimiza os resultados com qualidade, a custos perfeitamente viáveis para o Produto Interno Bruto (PIB) e para os orçamentos públicos.

Sem a clareza do que significa este objetivo e o conseqüente compromisso, o controle social através dos Conselhos de Saúde fica exposto a 'pressões estreitas' de tendências e grupos, da sociedade e do Governo, desviando-se da totalidade da sociedade e da cidadania. Fragiliza-se e descredibiliza-se.

14. ASPECTOS DA CONJUNTURA DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

A década de 90 foi palco de um fato extremamente peculiar e marcante na área de saúde em nosso país. A partir de 1991, 'novos atores' começaram a ocupar esse palco. No início, em número pequeno e com uma atuação ainda intuitiva e pouco organizada, não chamavam atenção. Ao final da década e no início de 2000, um verdadeiro exército dos novos atores, com mais experiência, organizado, heterogêneo, com visão estratégica e consciente do seu papel na construção do SUS, passou a atuar.

Esses novos atores são:

- secretários(as) municipais de Saúde e seus assessores, bem como dirigentes de primeiro escalão dos 521 municípios que hoje se encontram na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde;
- secretários(as) municipais de Saúde e seus assessores, bem como dirigentes de primeiro escalão de pelo menos 3.000 municípios que mais avançaram na condição de Gestão Plena da Atenção Básica à Saúde, dentre os 4.917 que se encontram nesta condição de Gestão;
- secretários(as) municipais de Saúde e seus assessores, bem como dirigentes de primeiro escalão dos 2.968 municípios que aprofundaram e expandiram a Atenção Básica à Saúde com Equipes de Saúde de Família;
- mais de 200 secretários municipais de Saúde, eleitos por seus pares em cada Estado e que militam nos 27 Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e na direção do Conselho Nacional de Representantes Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (CONARES);
- aproximadamente 300 secretários municipais de Saúde, técnicos, dirigentes e secretários estaduais de Saúde, que militam nas 27 Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) em cada estado;
- secretários estaduais de Saúde e dirigentes do Ministério da Saúde que foram secretários municipais de saúde nos anos 90;
- dirigentes e técnicos do Ministério e secretários estaduais e municipais de Saúde, que se 'forjaram' ou se 'reciclaram' nos anos 90;
- membros do Ministério Público voltados à área da Saúde;
- mais de 50.000 conselheiros de Saúde do Conselho Nacional de Saúde, dos 27 Conselhos Estaduais de Saúde e de mais de 3.000 Conselhos Municipais de Saúde, com funcionamento normal e regular (restam apenas pouco mais de 1.900 Conselhos Municipais de Saúde com funcionamento ainda precário ou irregular);
- cinco dirigentes do primeiro escalão do Ministério da Saúde, cinco secretários estaduais de Saúde e cinco secretários municipais de Saúde que integram a Comissão Intergestores Tripartite (CIT);
- centenas de entidades não-governamentais vinculadas ao meio ambiente, à qualidade de vida, à saúde e à defesa do consumidor.

Esses novos atores da década de 90 persistem, a cada ano e a cada dia, em ampliar trincheiras e fronteiras, no esforço intensivo de construção do SUS e do novo modelo assistencial, com destaque para:

- efetivar o acesso universal a todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde, iniciando pelos da Atenção Básica Acolhedora, Resolutiva e com base nas Equipes de Saúde da Família;
- efetivar as articulações intersetoriais visando à qualidade de vida e da saúde;
- efetivar a gestão descentralizada pelos municípios, microrregiões e estados, visando à hierarquização, regionalização e integralidade, com equidade;
- construir novos pactos intergestores e com os prestadores de serviços, públicos e privados, visando à construção de nova capacidade provedora e reguladora do Estado, em função da cidadania na saúde;
- colocar mais recursos próprios no SUS, o que vem sendo realizado marcadamente pelos municípios;
- gerir simultaneamente recursos humanos de saúde originários de órgãos federais, estaduais e municipais, desafio esse concentrado nos municípios, não ainda superado;
- participar de mobilizações a favor de financiamento maior e estável para o SUS, como a CPMF (1996) e a Emenda Constitucional (2000), além da limitação das transferências de custos do SUS, da esfera federal para a municipal e estadual;
- efetivar a Programação Pactuada Integrada (PPI), visando à construção regional das redes hierarquizadas de serviços;
- efetivar a habilitação dos municípios e estados às várias condições de gestão, tendo em vista as diretrizes do SUS; e
- construir o sinergismo e as relações entre os Gestores e os Conselhos de Saúde.

Aos obstáculos, armadilhas e impasses, muitas vezes, muito maiores do que as forças para superá-los, os 'novos atores' vêm crescendo em número e em qualidade, através da experiência acumulada, de inovações e ousadias, derrotas e avanços e, seguramente, geração de conhecimentos novos, mantendo no horizonte os princípios e diretrizes do SUS. Este verdadeiro 'coletivo nacional' dos novos atores ganha aos poucos matizes estrategistas, o que contribui para a irreversibilidade do processo.

A partir de 1991, intensifica-se o processo da Reforma Sanitária com o início da construção de um sistema de cunho marcadamente social, que é o SUS. A municipalização avança com as NOBs, principalmente com a 93 e a 96, as comissões Tripartite e Bipartites consolidam-se como formas imprescindíveis de pactuação das gestões federal, estadual e municipal. Os Conselhos de Saúde multiplicam-se, vão progressivamente funcionando com mais regularidade, buscando o cumprimento da paridade e representatividade das entidades e instituições na sua composição, e aprendendo a formular deliberações pertinentes, oportunas e efetivas. Os municípios ultrapassam a média de 12% dos seus orçamentos fiscais, destinada ao SUS, e a Atenção Básica à Saúde amplia-se e aprofunda-se, incluindo vastas camadas sociais antes excluídas do sistema.

Esta avaliação positiva precisa ser relativizada, na medida em que deve ser compreendida como parte de uma avaliação mais ampla e fundamental, que inspira precaução.

A avaliação mais ampla aponta para uma conjuntura nacional da década de 80, quando então a grande mobilização da sociedade, suas entidades e movimentos balizaram o final do regime autoritário-militar e os amplos debates e articulações que desaguaram na Assembléia Nacional Constituinte e na 'Constituição Cidadã' de 1988. A reforma do Estado sinalizada pela Constituição apontava para um Estado de Bem-Estar Social, isto é, um Estado que, refletindo toda a sociedade e suas demandas, tivesse duas características básicas:

- incentivador e indutor do desenvolvimento socioeconômico, com base no processo produtivo industrial e agropecuário, com alto grau de empregabilidade, utilizando ao máximo o grande potencial do mercado interno, e direcionador da inserção do país na globalização, em outro ângulo que não fosse a submissão ao Sistema Financeiro Nacional e Internacional; e
- protetor dos direitos universais do ser humano e da cidadania, através de serviços públicos e regulação pública e da sociedade organizada, nas áreas da previdência social, emprego, saúde, educação, habitação, ciência e tecnologia, saneamento e meio ambiente, entre outras.

A avaliação ampla aponta, também, para o fato de que, na década seguinte, a de 90, inicia-se uma reação e reaglutinação dos setores da elite nacional, mais sensíveis à 'onda' internacional de liberalização das leis de mercado, configurando-se internamente estratégias de hegemonia de poder, voltadas para a inviabilização dos avanços sociais e desenvolvimentistas da Constituição.

Como parte deste processo, os orçamentos públicos destinados aos setores sociais (previdência, saúde, saneamento, habitação, educação, emprego, ciência

e tecnologia, política fundiária e folha de pagamento dos servidores públicos) foram sendo, ano após ano, restringidos e recanalizados para o pagamento dos juros e da amortização da dívida pública, com o agravante de que, também ano após ano, os juros, amortizações e a própria dívida pública vêm crescendo a passos largos.

Uma outra configuração de Estado, diferente daquela sinalizada pela Constituição de 1988, desenvolve-se a partir de 1990, à custa de emendas constitucionais, medidas provisórias e política econômico-financeira-monetária.

Esta avaliação conjuntural dos anos 80 e 90 dificilmente explica a persistência da construção do SUS desde 1991. Se, por um lado, essa construção não vem se dando na intensidade, velocidade e coerência com os princípios e diretrizes, que foram previstos e desejados durante os debates e a votação das Leis 8.080/90 e 8.142/90, por outro lado, as heranças perversas do modelo assistencial 'pré-SUS', que resistem e perduram no interior de várias instituições integrantes do SUS, vêm perdendo terreno, anos após ano, para os avanços da construção do novo modelo assistencial, seja no acesso universal, na equidade, na descentralização, na atenção básica à saúde, na integralidade, na intersetorialidade e, mais recentemente, no financiamento estável e gradativamente elevado (ainda que discretamente) para os próximos quatro anos, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, de 13/9/2000.

O crescimento quantitativo e qualitativo dos 'novos atores', a partir de 1991, faz parte de um formidável e complexo conjunto de esforços, que vem possibilitando ao SUS 'remar contra a correnteza'. A força motriz deste conjunto de esforços reside em muitos fatores, entre os quais:

- rápida e resoluta adesão dos municípios à descentralização e municipalização dos serviços de saúde, mobilizando as entidades estaduais e nacionais, os prefeitos e os secretários municipais de Saúde e, indiretamente, os parlamentares da região;
- rápida e significativa elevação da participação dos orçamentos próprios dos municípios, no financiamento do SUS;
- desenvolvimento de 'interinfluências' e sinergismo entre os gestores do SUS das três esferas de governo, através das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites;
- rápido crescimento dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, o que potencializou o envolvimento das entidades e instituições dos vários segmentos da sociedade na construção do SUS;

- desenvolvimento do pluralismo social, institucional e partidário, na construção do SUS, explicitando sua legitimação e força política;
- processo de adesão consciente e intensivo de todos os ministros da Saúde dos anos 90 ao SUS, processo este que se aprofundou no exercício dos mandatos e cujo fator novo e decisivo foi a influência marcante do CONASS, CONASEMS e CNS, conferindo o imprescindível realismo, direcionalidade e legitimidade, antes precários, na governabilidade do Ministério da Saúde;
- incorporação dos recursos financeiros e institucionais do ex-INAMPS, e sua força política correspondente, aos gestores federais, estaduais e municipais do SUS;
- reação política e institucional contra a política econômica que resultou nas 'sangrias' financeiras federais de 1992-93 e 1995-96, que geraram o esforço pela CPMF, sua absorção na área financeira, as negociações/pressões que obtiveram a estabilidade do financiamento federal após 1996 e, finalmente, a aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000;
- a surpreendente capacidade do referido 'exército' dos novos atores da década de 90 para gerar alto nível de reflexão sobre o processo da construção do SUS e aguçada formulação de imagens-objetivos e estratégias no âmbito local, regional e nacional. A 'inteligência' deste exército encontra-se pouco identificada, sistematizada e organizada. Está ainda difusa na amplitude do próprio 'exército' nas 27 unidades federadas e, em aproximadamente, metade dos 5.507 municípios.

Foi na década anterior, nos anos 80, que a 'inteligência' formuladora da Reforma Sanitária brasileira identificou, sistematizou e organizou, a partir de um movimento nas instituições de ensino superior e pesquisa na área da Saúde Pública, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), bem como 'nichos' nos ministérios da Previdência Social e da Saúde e em algumas secretarias estaduais e municipais de Saúde.

Esse movimento realizou-se no bojo do aguçamento das contradições nos setores previdenciário e da saúde no regime militar e do esgotamento das soluções do próprio modelo autoritário-militar. Os segmentos engajados na luta pelas liberdades democráticas, tanto na sociedade organizada, como em 'enclaves' nas três esferas de governo, buscavam soluções em espaços subalternos, porém consistentes, das práticas e organização dos serviços de saúde, como também no modelo italiano de reforma sanitária (da época) e nos modelos de sistemas de saúde inglês e cubano.

Na década seguinte, a Reforma Sanitária brasileira amplia-se e apóia-se na crescente reflexão, formulação de estratégias e produção de conhecimentos, gerados na prática dos 'novos atores'. Esta prática vem trazendo uma riqueza incomensurável e inimaginável, tanto nas armadilhas anti-sociais e antipublicistas dos anos 90, como, e principalmente, nas correções de percurso, democratização da participação e aprofundamento da própria Reforma Sanitária.

Este novo patamar de ação ainda não se expressa com a mesma intensidade na esfera da produção e da publicação acadêmica de conhecimentos, tampouco na formação de profissionais de saúde de acordo com as novas demandas do sistema de saúde em construção.

Dentre tantos desafios enfrentados e vencidos, o SUS ainda não chegou a cumprir seu papel constitucional de ordenador da formação de recursos humanos. Do mesmo modo como se demorou a produzir intervenções vigorosas e eficazes no sentido da mudança do modelo de atenção, não se avançou na definição dos perfis profissionais necessários, nem na formulação de uma política que articule formação profissional, necessidades do sistema e adequada distribuição dos profissionais.

Há muitas explicações para esse atraso: a rigidez da universidade e a dificuldade de abrir espaços reais de colaboração entre ela e o SUS (basta lembrar a dificuldade existente para, de fato, inserir os hospitais universitários no sistema); o deslocamento de boa parte dos setores progressistas da área da saúde da universidade (especialmente da saúde coletiva) para o terreno prático de construção do SUS; o predomínio de uma concepção meio determinista que considerava que, ao se estabelecerem mudanças na organização do sistema e do mercado do trabalho, automaticamente iriam ocorrendo as mudanças na formação profissional; as dificuldades para vencer o corporativismo na organização do trabalho e do processo de formação; a histórica desarticulação entre saúde e educação, especialmente, nos níveis mais centrais de governo.

Apesar disso, houve movimentos positivos. Desde a segunda metade dos anos 80 multiplicaram-se experiências inovadoras (ainda que isoladas) de integração docente-assistencial (especialmente nas áreas de saúde coletiva e da criança); cooperação entre universidades e serviços de saúde para o desenvolvimento de capacidade de gestão, de planejamento, de sistemas de informação, de capacitação profissional em várias áreas etc.

Desde o início dos anos 90, há dois movimentos (não excludentes) que se destacam na área de mudanças da formação profissional. Um deles é a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), que articula as escolas médicas do país em torno da avaliação como instrumento fundamental

para produzir as necessárias mudanças na formação profissional. Embora ainda não tenha produzido resultados mais significativos, é inegável que a CINAEM conseguiu colocar em movimento uma parcela dos docentes e um contingente bastante significativo dos estudantes. Existe atualmente consciência da necessidade de mudança e certo acúmulo conceitual e político a respeito do ponto aonde se quer chegar, bem como uma presença ativa das escolas médicas em muitos dos assuntos relevantes à educação médica.

O outro movimento significativo é o representado pela Rede UNIDA. A Rede congrega pessoas, instituições e projetos que consideram que o trabalho articulado da universidade com os serviços de saúde e com a população é a estratégia fundamental e mais potente para desencadear os processos de mudança da formação profissional. Existe um grande número de projetos inovadores e algumas experiências de transformação radical já em desenvolvimento. A Rede tem também se posicionado de maneira bastante efetiva, buscando contribuir para a articulação dos atores estratégicos da saúde e da educação para a criação de cenários políticos gerais que favoreçam os processos de mudança.

Para que seja superada essa defasagem em relação a outros campos da Reforma Sanitária, é necessário que o trabalho articulado entre universidades e serviços de saúde esteja presente com importância nas agendas políticas nos dois setores e que se estabeleçam mecanismos de cooperação para enfrentar os problemas de todos os tipos: produção de conhecimento, formação profissional e educação permanente etc.

QUESTÕES PENDENTES NA ORGANIZAÇÃO E NO FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

As perguntas relacionadas a seguir foram selecionadas como exemplos entre as várias que vão surgindo na atuação dos Conselhos de Saúde. Várias respostas já foram solicitadas aos órgãos competentes e várias outras deverão ser formuladas pelos próprios Conselhos de Saúde, a começar pelo CNS. As informações aqui apresentadas destinam-se a contribuir e a estimular respostas definitivas das instituições competentes.

1. *O(A) parlamentar senador(a), deputado(a) federal, deputado(a) estadual e vereador(a) pode ser conselheiro(a) de saúde?*

- Sendo o Poder Legislativo constitucionalmente destinado a 'legislar' (formular e definir políticas gerais e específicas) e a 'fiscalizar' o Poder Executivo; sendo os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, perante a Constituição,

independentes e harmônicos entre si e sendo o Conselho de Saúde (colegiado de controle social) órgão do Poder Executivo, cabe ao parlamentar, na área de saúde, legislar e fiscalizar. Na condição de parlamentar, poderá desempenhar função legal no Poder Executivo somente em caso de licença ou afastamento da função no Poder Legislativo, mesmo que desfrute de cargos ou representações em entidades da sociedade organizada. O mandato eletivo de representante da população é no Poder Legislativo, e não no Executivo.

2. Partido Político pode fazer parte de Conselho de Saúde? Representa Usuários?

- Segundo a Lei 8.142/90, somente representantes dos usuários, profissionais, prestadores e governo (gestores) têm assento no Conselho. O fato de o princípio constitucional da *universalidade* dar o direito de todos os cidadãos brasileiros serem usuários do SUS não justifica que entidades ou instituições, que não sejam as dos quatro segmentos, a começar dos usuários, devam fazer parte dos Conselhos.

Quanto aos usuários, as entidades mais comuns são os sindicatos (suas federações e confederações), as organizações comunitárias, religiosas, os movimentos e entidades das minorias, as entidades de portadores de doenças ou deficiências, os movimentos populares de saúde, os movimentos e as entidades de consumidores, as entidades científicas e outras. Se um partido pleitear o direito, o dever será do conjunto dos partidos para manter o caráter pluripartidário do Conselho de Saúde: ou todos ou nenhum. Mas ainda assim, há equívoco de legitimidade de representação dos segmentos, porque essa não é a finalidade dos partidos.

3. Como deve ser o processo de escolha das entidades e instituições que devem integrar o Conselho de Saúde?

- Na construção de um Estado realmente democrático, este processo deve iniciar-se, obviamente, no seio da sociedade organizada, através das mobilizações e articulações das entidades e instituições que representam os quatro segmentos básicos dos Conselhos de Saúde, sempre em função das suas representatividades, legalidades (devem ser legalmente constituídas, com estatutos registrados e atas das eleições e reuniões) e legitimidades.

A experiência de anos de criação e funcionamento dos Conselhos de Saúde propiciou a organização de 'fóruns' de entidades representativas de um mesmo segmento, principalmente, quando o número de vagas no Conselho é menor que o

número de entidades do segmento, quando então as negociações apontam para o rodízio, pelo menos anual, e reuniões periódicas do fórum para orientar os posicionamentos dos representantes do segmento no Conselho. Este início do processo de escolha deve apontar, necessariamente, para as articulações com o Poder Legislativo, que, ao final, irá discutir e votar a lei (ou alteração da lei) que estabelece o número de Conselheiros e as entidades que compõem o Conselho de Saúde. O grau de organização e mobilização da sociedade e suas entidades, bem como o grau de representatividade e legitimidade das entidades, nas articulações com o Poder Legislativo, é que irão definindo, com o tempo, a composição dos Conselhos de Saúde.

A lei poderá não explicitar as entidades que comporão o Conselho de Saúde, mas estabelecerá os critérios para habilitação das entidades e instituições que pleitearem, assim como os mandatos das entidades e dos Conselheiros, além do processo eleitoral das habilitações, a ser presidido pelo Ministério Público.

4. Como devem ser escolhidos os representantes de cada entidade e instituição que integra o Conselho de Saúde, na condição de conselheiros titulares e suplentes?

- Definida a composição dos Conselhos de Saúde, em lei ou decreto (neste caso, até a promulgação da lei), a escolha do(a) representante é responsabilidade exclusiva da entidade ou da instituição, e este ato deve obedecer às normas internas, regimentais e legais, de cada entidade e instituição.

5. É competência dos Conselhos de Saúde definir e decidir, através do seu plenário, ou de Comissão Técnica do Conselho sobre questões de programação de ações de saúde, de alocação de recursos do SUS, de organização da rede de serviços, de habilitação/desabilitação de municípios e estados nas várias condições de gestão, e outras questões típicas da Gestão e das competências dos Gestores?

- Os Conselhos de Saúde, pela lei, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, não sendo da sua competência assumir qualquer ato de gestão. Cabe ao Gestor submeter ao conselho a apreciação prévia dos seus atos de gestão mais relevantes, como o plano, o orçamento, as normas básicas, a avaliação dos resultados para a população, os critérios para a organização da rede de serviços, habilitação nas condições de gestão e outros.

Cabe ao Conselho acompanhar e controlar as respectivas execuções, mas não substituir o Gestor na sua falha. Por maior que seja essa falha, o Conselho deve esgotar o espaço da discussão, do conhecimento suficiente das questões e do

convencimento/negociação. Esgotados esses espaços e esforços, e permanecendo comprovado o desvio das diretrizes legais do SUS, cabe ao Conselho articular-se com o Poder Legislativo (fiscalizador do Poder Executivo), com o Ministério Público, com o Tribunal de Contas, e até com a Justiça Comum, mas nunca assumir a Gestão, mesmo que autoridade desavisada ou equivocada do Poder Judiciário lhe ‘outorgue’ esta competência.

6. *A metade dos conselheiros(as), que não representa as entidades dos usuários, deve ser dividida somente em duas partes (trabalhadores de saúde e prestadores de serviços), cada uma com 25% dos conselheiros(as)?*

- A Lei 8.142/90 é clara e inequívoca quando diz, explicitamente, que essa metade dos conselheiros(as) deve ser composta de três e não dois segmentos, que são: profissionais de saúde, prestadores de serviços e governo. A pergunta formulada procede de recomendação constante da Resolução 33/92 do CNS, e o equívoco foi causado pela pouca clareza, em 1992, entre os significados de *prestador público de serviços* e *governo*. A partir das discussões que geraram a histórica NOB-93 e depois a NOB-96, esses significados ficaram definitivamente claros, quais sejam:

- a) *prestadores de serviços* – podem ser os privados, principalmente, os contratados e conveniados pelo governo municipal, estadual e federal, e podem ser os públicos, como os hospitais universitários e de ensino público, as autarquias, fundações e empresas hospitalares públicas e outras que são conveniadas pelos governos.
- b) *governo* – são os governos municipal (prefeitura), estadual e federal, representados no SUS, pela Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde. São os três níveis de direção única do SUS. Os governos (Gestores) contratam e conveniam tanto os prestadores públicos como os privados. A tendência hoje é de a própria estrutura da Rede Básica de Postos, Centros e Ambulatórios de Saúde deixar de ser administrada diretamente pelo nível central das secretarias municipais (dos municípios médios e grandes) e evoluir para as várias formas de autonomia administrativa das unidades públicas. O âmbito do prestador público é a unidade pública de prestação de serviços, ambulatorial, laboratorial ou hospitalar, e o âmbito do Gestor é o sistema, municipal, estadual, do DF ou nacional.

Por isso, a confusão entre "prestador público de serviços" e "governo/gestor" já foi desfeita há vários anos, resgatando os três segmentos sabiamente previstos na Lei

8.142/90 pelos legisladores, para compor a metade do Conselho de Saúde, que não é a dos usuários. A própria divisão dessa metade, em dois quartos de 25%, deverá também ser relativizada, tendo em vista as realidades do peso de participação de cada um dos três segmentos, em cada município e estado. Passados os anos, já há experiência acumulada e consciência de que o espaço dos profissionais de saúde é reconhecido, respeitado e definido pela mobilização das suas entidades, dispensando a padronização 'engessada' de 25%.

7. As entidades dos prestadores de serviços podem indicar representantes de profissionais, e as dos profissionais podem indicar representantes dos usuários?

- Esta confusão já foi mais freqüente, embora ainda continue a existir em menor grau. É uma confusão propositada, corporativista e autoritária, que desrespeita o outro segmento, querendo representá-lo, também, aproveitando-se do seu baixo nível de organização ou informação, quando, na verdade, deveria estimular a sua organização e representação própria.

Com o passar dos anos, em relação ao funcionamento dos Conselhos de Saúde, vai ficando cada vez mais claro quais são as entidades dos prestadores de serviços, dos profissionais e dos usuários.

8. Os clubes de serviços, como Rotary Club, Lions Club e outros, podem integrar os Conselhos de Saúde?

- Este ponto deve ser definido pelas mobilizações e articulações da sociedade organizada em cada município e estado, junto com o Poder Legislativo, dependendo da relevância e do tipo de atividades do clube de serviços. Na X Conferência Nacional de Saúde, foi aprovada uma indicação excluindo os clubes de serviço. Houve, no mínimo, um grande equívoco quando os proponentes generalizaram uma possível questão localizada em um município, o que constitui autoritarismo em relação aos municípios onde não surgiu o problema.

9. Uma mesma pessoa de determinada entidade ou instituição pode ser conselheiro(a) em mais de um conselho de saúde, como em mais de um conselho municipal na região, ou em um conselho municipal e no estadual, ou no estadual e no nacional?

- Em cada Conselho Municipal, devem estar representadas as entidades e instituições existentes no município. As entidades de outros municípios, mesmo vizinhos, não reúnem condições mínimas de representatividade e legitimidade no município em que elas não se constituem. O grau de organização e articulação da

sociedade em cada município é que define a composição do Conselho Municipal. As entidades e o grau de organização e articulação no município vizinho devem dar conta da boa organização e funcionamento do Conselho de Saúde do respectivo município.

Tampouco, um(a) conselheiro(a) do município onde reside pode ser conselheiro(a) de outro município onde não reside. As únicas exceções são: a) representação de instituição pública nacional ou estadual em Conselho Municipal, decididas em lei; e b) profissional de saúde cujo local de trabalho permanente é no município vizinho ao da sua residência e, por coincidência, é escolhido por sua entidade, para representá-la no município onde trabalha.

O mesmo raciocínio aplica-se aos conselheiros que querem representar sua entidade em Conselho Municipal e Estadual, ou no Estadual e no Nacional, pois, além de conceder a representatividade e legitimidade, não percebem que estão impedindo o desenvolvimento de lideranças novas ou o reconhecimento de outras lideranças já existentes na mesma entidade, o que fragiliza e distorce a própria entidade e a categoria.

10. O plenário do Conselho de Saúde pode dirigir-se à direção de entidade ou instituição representada no Conselho, a respeito do comportamento do(a) conselheiro (a) representante?

- Isto pode ocorrer somente nos casos de evidências, reconhecidas pelo plenário, de atuações do conselheiro(a) discordantes da posição da própria entidade ou instituição representada, sobre temas relevantes com referência aos princípios e diretrizes do SUS.

11. A representação do Gestor (Governo) no Conselho de Saúde pode coincidir com cargo na Secretaria Executiva do Conselho?

- Os secretários de saúde municipais e estaduais e o ministro da Saúde podem delegar a um técnico ou dirigente da instituição a sua representação no Conselho de Saúde, mesmo que este representante seja da própria Secretaria Executiva que dá apoio ao Conselho. Apesar da sua legalidade, esta delegação encerra conflito de interesses que pode fragilizar seu desempenho.

12. Quem pode coordenar o Conselho?

- Qualquer conselheiro(a) indicado(a) por seus pares, dependendo das negociações entre os segmentos, da lei ou decreto que cria o Conselho e do seu

regimento interno. É preciso distinguir a presidência ou coordenação do Conselho, da coordenação das reuniões plenárias do Conselho. As reuniões podem ser coordenadas por um ou mais conselheiros, em rodízio, escolhidos por seus pares, principalmente nos conselhos que possuem regimento interno detalhado, quanto à coordenação, das reuniões. Neste caso, a presidência ou coordenação geral do conselho poderá ficar com o secretário ou ministro. Isto porque estimula o vínculo e apoio do Gestor ao Conselho.

GESTÃO INTERGOVERNAMENTAL E FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: APONTAMENTOS PARA OS GESTORES MUNICIPAIS

Francisco Carlos Cardoso de Campos

INTRODUÇÃO

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é um tema que tem sido objeto de diversas análises, sendo a linha dominante tributária dos estudos do chamado "federalismo fiscal". Neste enfoque, o centro das atenções se dirige para os montantes de recursos arrecadados pelos entes federados, as fontes que originaram estas receitas, a composição das propostas orçamentárias, a análise de sua execução, bem como os critérios de distribuição e os mecanismos de transferência de recursos entre os três níveis de governo, dentre outras questões de vital importância para o funcionamento do sistema. No entanto, seria exaustivo e mesmo desnecessário reproduzir, nos estreitos limites deste artigo, a profusa massa de informações atualmente disponível em fontes especializadas.

Optou-se, aqui, considerando o grande número de novos gestores municipais, por deslocar o eixo da discussão para aspectos, muitas vezes relegados a segundo plano, relacionados à gestão mesma do sistema, no que ela se relaciona com a dinâmica dos mecanismos de financiamento. O enfoque nas *relações* e na *gestão intergovernamental* das políticas de financiamento apresenta-se adequado nesse contexto, aportando conceitos que possam ser úteis na resolução positiva do conflito distributivo e na melhoria da eficácia alocativa do sistema.

SUS COMO UM SISTEMA DE RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS

As limitações do campo do federalismo são apontadas por Wright (1997), ao criticar o caráter formalista e prescritivo dos estudos nessa linha, ao mesmo tempo que restringe seu foco à análise das relações estatais-nacionais. Propõe, então, o conceito de relações intergovernamentais (RIGs) para abarcar "a rica gama de ações e concepções informais dos funcionários que de outra forma permaneceriam submersas" (Wright, 1997:101).

O conceito de RIGs inclui as complexas relações entre os funcionários públicos pertencentes aos diversos níveis de governo, predominantemente as informais e não hierárquicas, privilegiando os modos concretos de formulação e implementação das políticas públicas. Essa abordagem apresenta, assim, inúmeras vantagens em relação ao enfoque clássico do federalismo na compreensão do funcionamento real do sistema político em geral e da administração pública em especial, embora não invalide as análises federalistas, atuando como "um novo par de lentes, fazendo visíveis a variedade de cores, o terreno e as pautas do panorama político que antes estavam obscurecidas" (Wright,1997:101).

O conceito de RIGs surgiu na década de 30 como fruto da reflexão sobre o sistema federal dos Estados Unidos da América. O termo, segundo Wright (1997:68), passou a ser utilizado "com o advento do *New Deal* e do amplo esforço de governo nacional para combater o caos econômico e social causado pela Grande Depressão".

O surgimento desse termo e sua progressiva conceituação posterior esteve ligada ao Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) e às políticas utilizadas para viabilizá-lo:

Desde os anos 30 até a atualidade, a investigação e a prática das RIG têm sido motivada por uma grande preocupação com a prestação eficaz de serviços públicos a seus clientes, sejam eles grupos particulares na sociedade ou a toda a cidadania. Como resultado disso, as atividades distributivas e redistributivas do 'serviço' ou estado de Bem-Estar suplantaram as funções regulatórias do governo nacional ou o controle social. (Wright, 1997:69)

O interesse no tema surgiu, segundo Rose (citado por Agranoff, 1992), pelo fato de a organização e a prestação de serviços próprios do Estado de Bem-Estar Social representarem uma das principais tarefas governamentais, o que, frente à impossibilidade de sua execução em uma ampla base territorial, obriga o envolvimento de vários níveis de governo:

O governo central fixa geralmente as condições de prestação ou estabelece os parâmetros dos serviços mas não os administra. O resultado, o envolvimento de diversas instituições pertencentes a distintos níveis de governo, nos sugere a existência de uma situação de interdependência. Em resumo, a atuação pública implica a presença de uma dimensão territorial no exercício da autoridade junto ao desempenho de determinadas responsabilidades funcionais. A clássica concepção unitarista do Estado já se encontra superada. Não estamos ante uma organização monolítica ou um

todo indiferenciado, mas sim em presença de uma realidade complexa na qual há lugar para o conflito, o jogo político e as relações de intercâmbio. (Agranoff, 1992:181)

O interesse pelo estudo das RIGs, em uma perspectiva comparada, foi localizado por Agranoff (1992: 179) no final da década de 70, como "uma tentativa de superação das análises tradicionais acerca dos sistemas unitários e federais". Este autor adotou a definição de RIGs proposta por Anderson (1960: 3), que as considera "um importante contingente de atividades ou interações que têm lugar entre unidades de governo de todo o tipo e nível dentro do sistema federal".

Esses mesmos autores enfatizam que a situação de interdependência entre os níveis ou organizações governamentais na prestação de serviços faz com que os vínculos reais não sejam necessariamente aqueles estabelecidos nas normas jurídicas.

Uma extensa revisão do marco das relações intergovernamentais e, especialmente, da gestão intergovernamental, enfocando historicamente o caso brasileiro e o movimento descentralizador imprimido pela Constituição de 1998, foi realizado por Muniz (1998).

O modelo de organização do SUS definido na legislação como função concorrente dos vários níveis de governo com atribuições complementares e solidárias, bem como a prática da sua gestão poderiam ser considerados como dando curso a um típico sistema de relações intergovernamentais.

Nesse sentido, os cinco traços distintivos das relações intergovernamentais propostos por Wright (1997) poderiam ser assinalados no funcionamento do SUS:

- 1) as relações intergovernamentais transcendem as pautas de atuação governamentais reconhecidas e incluem uma ampla variedade de relações entre todas as unidades de governo. Não se limitam às relações estatais-nacionais e interestatais, às quais se prende o enfoque das análises clássicas do federalismo, mas englobam também as relações entre o nível nacional e o local, as locais-estatais e as interlocais;
- 2) a importância do elemento humano: "não existem relações entre governos, unicamente se dão relações entre pessoas que dirigem as distintas unidades de governo", através de relações de "ajuste mútuo", "construção de consenso" e "pacificação";
- 3) "as RIGs incluem os contatos contínuos dos funcionários e os intercâmbios de informação e de opiniões". Os participantes das RIGs se preocupam,

sobretudo, "para que as coisas se façam, quer dizer, pelos arranjos informais, práticos e orientados a metas que podem realizar-se dentro do marco formal, jurídico e institucional dos funcionários";

- 4) "qualquer tipo de funcionário público é, ao menos potencialmente, um participante nos processos intergovernamentais de tomada de decisões nas RIGs";
- 5) "as relações intergovernamentais se caracterizam por sua vinculação às políticas públicas", com interações nas diversas fases de formulação, implantação e avaliação das políticas. "As políticas consistem de intenções e ações (ou inações) de funcionários públicos e as conseqüências destas ações" (Wright, 1997:71-87).

A Constituição Federal de 1988 reafirmou o federalismo como forma de estruturação político-territorial do Estado e procurou garantir "as condições jurídicas e financeiras para o efetivo exercício da autonomia das esferas de governo" (Muniz, 1998:4). Esse tipo de arranjo federalista decorreu da crescente complexidade da estrutura socioeconômica do país, e o desenvolvimento de seu sistema político redundou na expansão das funções públicas do Estado, demandando um esforço de coordenação intersetorial e regional para garantir seu êxito (Muniz, 1998).

No caso da organização do SUS, a legislação prevê funções concorrentes e ações articuladas dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), em estreita coerência com o modelo federativo estabelecido.

O processo de implementação do SUS tem, no seu financiamento, um reconhecido ponto crítico, por causa das implicações diretas sobre a magnitude e a qualidade dos serviços de saúde prestados à população usuária. Não apenas as enormes restrições financeiras têm sido apontadas como limitadoras, mas também as diversas dimensões do modelo de financiamento: as bases de arrecadação dos recursos que compõem as fontes de receita, a oportunidade de vinculação destas fontes, os mecanismos de transferência de recursos entre os níveis do sistema (federal, estadual e municipal), as formas de regulação e remuneração dos atos médicos (Mendes, 1996).

O modelo de financiamento definido pela legislação, bem como o efetivamente implantado, tem sido objeto de permanentes conflitos e embates nos campos técnico e político entre atores situados nos três níveis de governo ou representando grupos de interesse.

A necessidade do fluxo ininterrupto de recursos para o custeio da rede de serviços, o modelo de organização descentralizado do SUS estabelecido pela

Constituição de 1988, associado às dificuldades da aplicação direta dos critérios de distribuição de recursos previstos na legislação, bem como as mudanças conjunturais observadas no processo de implementação do sistema determinam a configuração de um espaço de contínua negociação e repactuação dos critérios de distribuição dos recursos centralmente arrecadados pelo nível federal. Essas características permitem considerar o SUS como um típico sistema de relações e de gestão intergovernamentais.

CONFLITO PELOS RECURSOS NUMA ARENA REDISTRIBUTIVA

Löwy (1964) propõe a existência de "arenas de políticas", "delimitadas pelos impactos de seus custos e dos benefícios que os grupos de interesse esperam de sua implementação" e as classifica em quatro categorias: 1) as "políticas regulatórias, formadas por normas e cuja coerção se exerce de forma direta e imediata sobre o comportamento individual"; 2) as "políticas distributivas, que consistem na repartição dos recursos mediante sua desagregação em pequenas unidades independentes umas das outras e livres de toda regra geral"; 3) as "políticas redistributivas, que implicam o estabelecimento de critérios por parte do setor público, dando acesso a vantagens que se outorgam não a sujeitos específicos, mas a classes de casos ou de sujeitos", sendo a "arena mais conflitiva de todas"; 4) as "políticas constitutivas, que se traduzem em definições, por parte do poder público, das regras do jogo em geral, podendo significar reformas constitucionais, institucionais ou administrativas", apresentando "um elevado grau de conflito" (Muniz, 1998:17).

O caso do financiamento do SUS poderia ser enquadrado no grupo das 'políticas redistributivas', de elevado potencial de conflito,¹ constituindo uma dimensão de uma política setorial mais ampla representada pelo SUS, passível de ser qualificada como uma 'política constitutiva', também espaço de elevado grau de conflito, a se aplicar as mesmas categorias de Lowy (1964). No financiamento do sistema, qualquer realocação de recursos para uma área ou unidade federativa significa, necessariamente, o seu remanejamento de outra unidade, a não ser que haja crescimento do volume global de recursos, fato que ocorre com pouca freqüência. Daí o inerente caráter redistributivo da arena.

¹ O conflito pode ser definido como "uma contenda a respeito de valores, ou por reivindicações de *status*, poder e recursos escassos, na qual os objetivos das partes conflitantes são não apenas obter os valores desejados mas também neutralizar seus rivais" (Coser, 1996:120), podendo ocorrer entre indivíduos ou coletividades. Para alguns autores o conflito "implicaria choques para o acesso e a distribuição de recursos escassos" tendo, portanto, "sempre um caráter redistributivo. Não se trataria, neste caso, do conflito interpessoal no sentido psicológico mas no sentido do conflito social e político" (Pasquino, 1995:225)

Wright (1997) ressalta que nas RIGs os conflitos convivem simultaneamente com espaços e iniciativas de cooperação, o que o leva a concluir que a cooperação e o conflito não se manifestam objetivamente como pólos opostos, mas como um continuum. Argumenta o autor que as situações marcadas pela dificuldade de 'crescimento do bolo' resultam na adoção pelos atores de estratégias de soma zero, em que os ganhos de uma parte implicam necessárias perdas da outra, quadro que se poderia transplantar para o Brasil, considerando a situação econômica marcada por baixas taxas de crescimento econômico e pelas políticas de ajuste fiscal em curso.

As possibilidades de cooperação crescem também na medida em que se aperfeiçoam as 'tecnologias sociais' para a resolução dos conflitos: "A mediação das disputas em RIGs é um enfoque na resolução de conflitos sem recorrer aos tribunais nem a estratégias, encobertas ou dissimuladas, de influência política" (Wright, 1997:627).

A constituição de espaços formais ou informais de negociação entre os gestores responsáveis pela definição dos critérios de distribuição dos recursos do SUS, nos moldes das Comissões Intergestores Tripartite (CIT), nacional, e das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs), nos estados, pode ser considerada como arranjos institucionais que foram sendo plasmados no decorrer do processo de implementação do sistema, por força das circunstâncias decorrentes do arranjo federativo e pelo potencial conflitivo permanente do funcionamento de uma arena do tipo redistributivo.

O PAPEL DO GESTOR MUNICIPAL NO FINANCIAMENTO DO SISTEMA COM PARTICIPANTE DE UMA REDE INTERGOVERNAMENTAL

Wright (1997) assinala que os administradores públicos estão envolvidos em um grande número de interações intergovernamentais. Essas complexas e intensas relações entre os administradores conformam estruturas que se afastam das formas clássicas de organização administrativa do Estado e remetem aos conceitos de redes² e de redes intergovernamentais.

² O conceito de rede e as diversas utilizações do termo nas ciências sociais foi revisto por Lioila & Moura (1997:63), associando-o às "novas formas de organização e gestão do trabalho, resultantes de questionamentos quanto à eficácia das estruturas burocráticas e hierárquicas, emergindo daí formas mais *soft* e orgânicas de interação nas instituições". Para as autoras as redes apresentam como características básicas "a interação de atores e/ou organizações formais com informais e a regularidade nessas interações", podendo ser estas interações "mais ou menos formalizadas ou até informais, baseando-se em projetos e ações comuns". A consideração de "um arranjo organizacional como rede abre a possibilidade de perceber os atores/agentes em suas interações e propósitos e, portanto, em uma dinâmica processual" (p. 64). As noções de fluidez, complementariedade e interdependência entre atores e organizações, comandados, em maior ou menor medida, por um centro gerador, servem para indicar redes que se aproximam quer do padrão unidirecional, quer do multidirecional" (p. 64). Por essas características, o conceito de rede se aproxima e, de certa forma, complementa o conceito de relações e gestão intergovernamentais, quando aplicado às interações entre os entes federados.

Para Mandell (1994:235), estes padrões de interação conformam "redes intergovernamentais", envolvendo "várias diferentes ações relacionadas por meio de um tipo específico de interação e dentro de um certo contexto". Segundo a mesma autora, essas redes englobam diversas organizações que "operam num campo total" em que "os membros (organizações e/ou indivíduos) da rede representam entidades legais separadas e diferentes (por exemplo, organizações e/ou organismos da localidade, do estado, federais e do setor privado)". As linhas de autoridade e controle não seriam claramente definidas nesse tipo de arranjo interorganizacional, apresentando-se como sistemas de "engrenagem flexível".

Já Agranoff (1991:204) destaca que "as redes intergovernamentais se caracterizam pelo fato de serem, simultaneamente, políticas, administrativas e interorganizativas".

Mandell (1994:236-7) classifica dois tipos de estrutura de rede: as redes por projeto (organizadas para dar conta de projetos específicos) e as redes funcionais (que "existem independentemente da execução ativa ou não de projetos"). Para ela, "a idéia-chave é que a rede interorganizacional se converte em uma vinculação de um variado número de organizações e/ou indivíduos dentro de um todo coerente".

Os padrões de contato e os mecanismos de comunicação utilizados desempenham, segundo a autora, elementos para que condicionem a capacidade dos administradores para operar estas 'redes de gerência':

Posto que não há formas de depender de instruções ou regras específicas para reger as ações dos membros da rede organizacional, a comunicação efetiva se torna o elemento crítico da execução de projetos. Por conseguinte, as redes de gerência constituem uma ferramenta para alcançar o tipo de comunicação multilateral indispensável nestes contextos. A capacidade dos gerentes para utilizar estas redes de gerência requer que dominem 'tanto a estrutura das redes' como o processo de 'trabalhar em rede' (construir relações). (Mandell, 1994:245-6)

Outro aspecto relevante no funcionamento das redes intergovernamentais é o padrão adotado de coordenação da ação dos diversos atores envolvidos. A coordenação nas redes pode ser qualificada de 'multilateral', não baseada na hierarquia entre níveis de governo.

Os gerentes na rede interorganizacional na realidade não estão gerenciando diferentes níveis de governo; estão gerenciando relações que atravessam os distintos níveis de governo. Os esforços de coordenação hierárquica fracassam porque não tomam em conta este aspecto singular da gerência dentro da rede. (Mandell, 1993:197)

Os atores se relacionam com alto grau de informalidade, atuando em espaços paralelos às linhas de mando hierárquicas com alto grau de autonomia e baixa necessidade de coordenação vertical. Essa autonomia dos atores, frente aos ocupantes dos cargos de direção política, coloca-os em situação privilegiada de domínio das informações e da condução dos processos de negociação no setor, distanciando-se completamente 'do tipo ideal' de burocracia weberiano.

Apesar da grande informalidade das interações entre os atores da arena do SUS, um grau de formalidade é observado nas negociações, com utilização freqüente de propostas por escrito e circunscrição de grande parte das negociações a espaços e fóruns formalizados ou semiformalizados (Câmaras Técnicas, CIT, CIBs etc.).

Os atores envolvidos na pactuação dos critérios e mecanismos de financiamento do SUS se articulam em uma rede cuja estrutura se conforma de maneira bastante heterogênea e complexa. Observa-se grande diversidade na estruturação e funcionamento dessa rede, no nível dos estados e regiões, o que permite considerar a existência, não de uma única rede, mas de diversas 'sub-redes' (ou de componentes menores de uma única rede) que articulam atores situados em diferentes níveis do sistema de saúde, interligadas de forma mais ou menos consistente. Tais sub-redes apresentam graus diferenciados de desenvolvimento e intensidade das interações, conforme o nível em que se constituem (Campos, 2000:110).³

No nível federal, uma sub-rede articula atores localizados na direção do Ministério e nas suas áreas técnicas com as representações dos estados (CONASS) e municípios (CONASEMS). Ao lado desse núcleo principal, situam-se atores no Conselho Nacional de Saúde e em outros órgãos da administração pública federal, como o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e o Ministério do Planejamento. Outro grupo de atores, que mais recentemente tem sido agregado à rede, é constituído por membros do Ministério Público Federal.⁴

Essa sub-rede constitui uma estrutura mais permanente, com contatos e negociações estabelecidos com grande freqüência. Embora haja uma grande alternância entre os atores individualmente, os canais diretos de consulta mútua e

³ Estas conclusões, e as que se seguem, sobre a estrutura e o funcionamento das redes intergovernamentais no financiamento do SUS são resultados de uma pesquisa qualitativa envolvendo atores do nível federal e de um estado da federação, investigando os mecanismos de gestão intergovernamental utilizados pelos agentes públicos situados nos três níveis de governo na gestão dos conflitos relacionados à distribuição dos recursos de financiamento do SUS, descrita em Campos (2000). A análise da sub-rede estadual, apesar de ser fruto de um estudo de caso, foi estendida ao conjunto dos demais estados, generalização empreendida por este autor, a partir da observação direta, porém assistemática, de diversas situações assemelhadas. Sua confirmação definitiva aguarda observações sistemáticas posteriores.

⁴ O Ministério Público tem o dever, constitucionalmente estabelecido, de fazer valer os princípios legais do SUS, visto que a Constituição Federal de 1988 define a saúde como de 'interesse público', o que remete ao Ministério Público a responsabilidade por sua garantia.

negociação dos conteúdos das políticas, normas e dos critérios de distribuição se realizam praticamente sem interrupções importantes.⁵

Relaciona-se essa sub-rede diretamente, mas de forma mais esporádica e pontual, com atores que compõem uma 'rede de assunto' mais ampla dedicada a estudos sobre a economia e o financiamento da saúde, situados na academia e em outros órgãos públicos e privados. A relação com os pesquisadores da academia manifesta-se em eventos e situações localizadas, sem articulação e interação permanentes.

Esta articulação entre as sub-redes é acionada em momentos específicos do processo, pelas posições privilegiadas ocupadas por seus membros em outros órgãos da administração pública federal.

No Conselho Nacional de Saúde (CNS) concentram-se também atores importantes na composição da sub-rede federal. Esta se articula com sub-redes estruturadas nos estados, de forma muito heterogênea, dependente da capacidade organizativa e da iniciativa dos atores situados nesse outro nível. Assim, os contatos são intermediados por atores situados em posição de direção (secretários de saúde estaduais ou seus adjuntos, diretores etc.). Tais contatos se dão de forma menos permanente do que aqueles verificados na *sub-rede* federal, são mais utilizados para consultas sobre posicionamentos em questões específicas.

Os contatos dos demais níveis técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde com os atores do nível federal se dão com menor frequência, ainda com elevado grau de informalidade. Os contatos visam tanto à resolução de questões operacionais e dúvidas em relação à implementação de decisões previamente tomadas, quanto à antecipação de decisões do nível federal e tentativa de interferência nas mesmas.

Na relação mais permanente da sub-rede federal com a sub-rede dos estados, em geral, determinados atores cumprem papel de interlocutores privilegiados nas relações. Essa situação resulta em limitações na difusão dos conteúdos dos pactos pelo interior do corpo técnico da Secretaria de Estado, antepondo-se com o que um 'filtro' nas informações, com conseqüências na implementação direta dos processos pelos técnicos responsáveis.

A participação na rede intergovernamental não anula as contradições inerentes à relação dirigentes/subordinados. Para Crozier (1981:237), um dos traços da burocracia, responsável em parte pela sua rigidez, é a permanente luta

⁵ Momentos caracterizados pelo impasse nas negociações no fórum da CIT marcaram o primeiro semestre de 1999, chegando ao abandono momentâneo desse fórum pelas representações do CONASS e do CONASEMS, como mecanismo de pressão para que temas julgados relevantes para essas entidades retornassem à discussão naquela instância de negociação.

pelo poder entre dirigentes e subordinados. Ambos procurariam ampliar seu espaço de liberdade: os subordinados movimentando-se para ampliar a "parte deixada a seu arbítrio", com vistas a reforçar seu poder de negociação e obter mais vantagens pessoais; os dirigentes agiriam "de forma completamente simétrica, esforçando-se para atingir seus objetivos e reforçar seu poder, tanto através da racionalização como da negociação". O acesso à informação ou sua negação constituem mecanismos de controle dos dirigentes sobre os níveis de acumulação de poder dos subordinados.

Pelo lado formal, um momento da relação entre a sub-rede federal e a estadual se materializava, até um passado recente, em reuniões da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Esse fórum congregava maior número de atores, abrindo-se à participação de técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde envolvidos nas questões em pauta. Nos últimos anos, no entanto, este fórum não tem sido convocado a realizar o pré-processamento dos temas pautados na CIT.

O padrão de estruturação da rede intergovernamental no financiamento do SUS caracteriza-se, portanto, por uma grande heterogeneidade interna, com níveis de integração e de frequência de interações decrescentes na medida em que se caminha do nível federal para o estadual e o municipal.

A crescente desarticulação interna da rede à proporção que se aproxima do nível municipal pode ser imputada ao nível de capacidade técnica e disponibilidade de recursos humanos especializados nessa atividade, que claramente decresce nessa direção. A maioria dos municípios não dispõe de quadros profissionais em qualidade e quantidade suficientes para arcar com a operação dessa atividade altamente especializada e de custos significativos. Esses municípios, em geral, delegam à sua representação formal, via Colegiado de Secretários Municipais de Saúde ou outros órgãos representativos, a explicitação de suas reivindicações de incremento de recursos. Outra estratégia adotada por esses municípios é a contratação temporária de consultores especializados que elaboram e negociam as propostas.

A complexidade e heterogeneidade dessa rede intergovernamental demanda dos gestores municipais uma atenção especial e apresenta-se como uma importante questão a ser destacada em suas agendas. A sua participação ativa na rede intergovernamental vai condicionar fortemente suas possibilidades de garantia de recursos para o funcionamento dos sistemas municipais pelos quais são responsáveis. A interação permanente com os demais gestores municipais e com os atores dos níveis estadual e federal é condição para a melhoria da eficácia do funcionamento e maior integração da rede, especialmente das sub-redes estaduais, em geral caracterizadas por alto grau de desarticulação e fragmentação.

A DESCENTRALIZAÇÃO DEPENDENTE E VINCULADA

A legislação que instituiu o SUS definiu as bases do modelo de financiamento do sistema, tanto com respeito às fontes quanto aos mecanismos de transferência de recursos entre o nível federal e os estados e municípios (Brasil, 1990a, 1990b). Tal legislação prevê que os recursos federais deveriam constituir 'transferências não condicionadas' ou não negociadas, mobilizadas por mecanismos de 'transferência direta e automática do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde.

Esse padrão definido na legislação configura um modelo de "descentralização dependente e vinculada" (Medici, 1994:65). A 'descentralização dependente' se caracteriza por repasses do nível federal, instância arrecadadora, para os demais níveis, sujeitando-os ao cumprimento de requisitos formais de organização e alocação de recursos, diferenciando-se da 'descentralização autônoma', em que os recursos seriam arrecadados na própria instância local. A descentralização dependente se daria sob duas formas: a vinculada, baseada em transferências automáticas definidas em legislação; e a tutelada, baseada em transferências negociadas, o que agudizaria a condição de dependência dos níveis local e regional ao nível central, e alicerçada em alianças políticas ou técnicas efêmeras (Medici, 1994:66).

Na prática do processo de implementação do SUS, observa-se um modelo misto, com as transferências automáticas calculadas sobre critérios pactuados convivendo como transferências negociadas, principalmente no caso de recursos de investimento. O condicionamento de transferências para cobertura de custeio de programas específicos de interesse do nível federal tem se ampliado, gerando reações dos gestores municipais, que reivindicam a plena autonomia de gestão sobre a totalidade dos recursos.

OS CRITÉRIOS DE DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS CONTIDOS NA LEGISLAÇÃO

A Lei Federal nº 8.080, de 19/09/90, estabeleceu explicitamente os critérios para a distribuição dos recursos federais para a saúde para estados e municípios:

Art. 35 - Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Parágrafo 1º - Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída pelo quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio. (Brasil, 1990a)

A Lei Federal nº 8.142, de 28/12/90, estabeleceu, posteriormente, maiores restrições ao arbítrio governamental, definindo como único critério a ser seguido, enquanto não se regulamentasse o artigo 35 da Lei nº 8.080, aquele contido no Parágrafo primeiro do mesmo, ou seja, "o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio":

Art.3º - Os recursos referidos no inciso IV desta Lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no Art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Parágrafo 1º - Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no Art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente, o critério estabelecido no parágrafo primeiro do mesmo artigo.

Parágrafo 2º - Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

Parágrafo 3º - Os Municípios poderão estabelecer consórcio para a execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do Art. 2 desta Lei. (Brasil, 1990b)

Cabe esclarecer que o referido inciso IV do art. 2º da Lei Federal nº 8.142 se refere aos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) a serem alocados para a cobertura de ações e serviços de saúde e a serem implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal.

A imprecisão dos critérios de distribuição elencados pela legislação suscitou diversas tentativas de proposição técnica de critérios, como a apresentada em estudo de Vianna et al. (1990), já no mesmo ano de sua publicação. Estes autores se depararam com dificuldades em traduzi-los para parâmetros concretos e índices de ponderação definidos, obtendo-se simulações de perfis de distribuição

mais equitativos que os observados na prática, mas sempre vulneráveis a questionamentos pelas múltiplas possibilidades de escolha abertas, em decorrência da imprecisão do texto legal.

Ao resumir as conclusões da primeira simulação realizada por Vianna et al. (1990), que resultaria em uma distribuição semelhante à da população, na medida em que critérios concentradores eram anulados por critérios distributivistas, na ausência da utilização de ponderações, Mendes (1996:197) observou que:

Uma simulação da aplicação dos critérios estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde, pelas macrorregiões brasileiras, com dados de 1989, levou a algumas conclusões: os perfis demográfico e epidemiológico favoreceram as regiões Norte e Nordeste; as características quantitativas e qualitativas da rede de serviços privilegiaram as regiões Sudeste e Sul; o desempenho técnico, medido pela cobertura vacinal, beneficiou as regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul; os níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais favoreceu as regiões Norte e Nordeste. A síntese dos critérios permitiu verificar que, em conjunto, eles aproximaram-se do tamanho populacional relativo, o que significa distribuição bastante igualitária mas não necessariamente equitativa.

Esse perfil mais igualitário de distribuição obtido pela simulação de Vianna et al. (1990) seria, para Mendes (1996), motivo para justificar resistências à aplicação dos critérios contidos na legislação e a prática observada de utilização de critérios outros a partir de processos de negociação entre os atores sociais interessados, expressos nas Normas Operacionais. Mendes (1996:197) acrescenta que:

talvez por isso os critérios da lei não foram implementados na prática social, sempre sob justificativa de que faltava a regulamentação do Art. 35, da Lei 8.080/90. De fato, os critérios distributivos, no que concerne aos recursos da União, na parte que significa transferência para a assistência médica, vêm sendo construídos por normas operacionais que, pragmaticamente, desconhecem os critérios legais, dentro da melhor tradição nacional de fazer leis que não podem ou não devem ser cumpridas.

Outras propostas de critérios foram elaboradas por Oliveira Jr. (1992) e Castro et al. (s.d).

A aplicação estrita dos dispositivos legais, no entanto, apresentou problemas, na medida em que o Ministério da Saúde sempre se dispôs a distribuir exclusivamente recursos de custeio para a assistência médico-hospitalar, como já tinha sido problematizado por Vianna et al. (1990), reservando os recursos de investimento para transferências negociadas, através de convênios. Essa limitação dos montantes distribuídos contraria a perspectiva que se poderia deduzir da

interpretação textual da legislação, qual seja, a da redistribuição da totalidade dos recursos destinados a estados e municípios, inclusive daqueles destinados a ações de saúde coletiva e, principalmente, daqueles de investimento. Quaisquer das simulações de caráter redistributivo realizadas se mostrou desfavorável a vários estados e municípios, que já limitados nas suas capacidades de financiamento dos serviços existentes, se veriam na iminência de ter de compartilhar esses recursos de custeio com estados e municípios de menor gasto *per capita*.

Uma distribuição perfeitamente isonômica, com idênticos valores de gasto *per capita*, como ademais previa a legislação na ausência de regulamentação dos critérios contidos no artigo 35 da Lei Federal nº 8.080, significaria reduções mais drásticas dos recursos de custeio em estados e municípios com estruturas assistenciais mais expressivas, justamente aqueles já mais sobrecarregados pela demanda assistencial.

Tal distribuição perfeitamente homogênea dos recursos de custeio contradiz também o caráter de sistema tecnologicamente hierarquizado que caracterizaria o SUS, organizado em distintos níveis de atenção, portadores de graus diferenciados de incorporação tecnológica e, portanto, com custos operacionais distintos e crescentes à medida que se ascende nos níveis. Essa heterogeneidade inerente ao sistema impede a aplicação de critérios simplistas de distribuição, pretensamente mais igualitários. Mesmo as iniciativas de se conferir tetos de programação com idênticos valores *per capita* envidadas por alguns estados, como exemplificado por Mendes (1996), redundariam em acumulação nos centros de referência regional ou estadual, uma vez negociados os fluxos de referência e contra-referência entre os municípios.

A transferência direta de recursos, do nível federal aos estados e municípios com base exclusivamente no estoque de habitantes, revelar-se-ia, portanto, totalmente impraticável.

Confirmando as dificuldades de uma distribuição perfeitamente isonômica, Carvalho (1992), em texto apresentado na IX Conferência Nacional de Saúde, assume uma postura pessimista quanto à regulamentação do art. 35, ao afirmar:

ao que tudo indica (...), será muito difícil, se não impossível, buscar hoje uma definição aceitável para o artigo 35. A busca da equidade através destes parâmetros, na atual conjuntura, parece ser temerária. O óbice principal é a falta de dados o mínimo necessários e o mínimo confiáveis (sic). Corre-se o risco de ferir a equidade através da aceitação de casuísmos indefensáveis. Seria como uma tentativa de 'forçar' o cumprimento atual de uma lei impossível de ser cumprida com clareza e precisão. A saída pela partilha exclusivamente pelo quociente populacional é o cumprimento exato da Lei nº 8.142. O que já é

possível hoje. A lei é clara que se deva adotar este critério até que se defina o Art. 35 da Lei nº 8.080. À primeira vista, poderia parecer que esta definição era apenas uma questão de trabalho "braçal" de se fazer cálculos e modelos. A realidade está sendo clara em mostrar a tantos quantos tentaram que, com os dados disponíveis atualmente e com os casuismos necessários para se definir o 35, esta opção é inviável. (Carvalho, 1992:71)

Às tentativas iniciais de equacionar tecnicamente a esfinge representada pelo artigo 35 da Lei nº 8.080, seguiram-se soluções pragmáticas e provisórias, ditadas pelas necessidades suscitadas pelo processo de implementação do SUS, obrigando os atores dos três níveis a estabelecer processos de negociação que resultassem em acordos provisórios sobre os critérios de distribuição e mecanismos de transferência de recursos, formalizados posteriormente em normas regulamentadoras.

A REGULAMENTAÇÃO NEGOCIADA

As indefinições do texto legal, as dificuldades técnicas de sua aplicação direta (anteriormente relatadas), bem como a necessidade premente de dar continuidade aos fluxos financeiros e à funcionalidade ao sistema, grandemente baseado na compra de serviços, vão forçar os gestores do SUS a estabelecer formas negociadas de definição dos critérios de distribuição dos recursos, de caráter precário, consubstanciadas em instrumentos normativos denominados Normas Operacionais Básicas (NOBs).

As duas primeiras Normas Operacionais, a NOB 91 e a NOB 92 foram editadas ainda no período do governo Collor de Mello. Editada pela Presidência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), à época recém-incorporado à estrutura do Ministério da Saúde. A NOB 91 transplantará para os serviços públicos a mesma lógica de financiamento de pagamento por produção de serviços com que aquele órgão remunerava os serviços privados contratados:

Sob o argumento da inviabilidade conjuntural de regulamentar o artigo 35 da lei 8.080/90, pela dificuldade na operacionalização destes critérios, a NOB 01/91 redefiniu toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do SUS, consolidando um sistema de pagamento por produção de serviços ao setor público que permanece, em parte, vigente até hoje. Estados e municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, executados em unidades ambulatoriais e hospitalares próprias, nas mesmas tabelas nacionais existentes para o pagamento dos prestadores privados, impondo um modelo de atenção à saúde voltada para a produção de serviços e avaliado pela quantidade de

procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados. Ou seja, continuou prevalecendo a estrutura de compra de serviços privados de saúde do INAMPS, aplicados aos gestores públicos estaduais e municipais. (Oliveira Jr., 2000:4)

Essa orientação frustrou atores que pretendiam o financiamento dos serviços públicos de saúde através de sistemas de pré-pagamento baseados em orçamentos ou outros mecanismos que cobrissem o custo real das unidades. As críticas ao modelo também se estendiam ao seu papel indutor de práticas médico-assistenciais, predominantemente curativas, relegando a um segundo plano ações preventivas e de promoção à saúde. Posteriormente, várias dessas ações passaram a ser paulatinamente incorporadas à Tabela de Procedimentos, ainda que remuneradas na mesma lógica de produção de serviços.

Outra característica marcante da NOB 91 foi a ausência de um debate público anterior entre os atores sociais interessados. Seu conteúdo e propostas foram de responsabilidade exclusiva do Ministério da Saúde.

Como mecanismo de alocação dos recursos para custeio dos serviços ambulatoriais, privados e públicos, a NOB 91 instituiu a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA). Esta unidade representava um valor *per capita* que, ao ser multiplicado pela população de cada estado, gerava um teto denominado de Recursos para Cobertura Ambulatorial (RCA). Os estados foram classificados em seis faixas de valores de UCA, com base em critérios que privilegiaram basicamente as séries históricas de produção (Oliveira Jr., 2000:5).

A NOB 93: a ousadia de negociar a regulamentação da lei

Diferentemente das normas operacionais anteriores, que não foram fruto de negociação prévia entre os atores dos três níveis de governo, a edição da Norma Operacional SUS 01/93 (NOB 93), através da Portaria MS nº 545, de 20 de maio de 1993 (Brasil, 1993a), no Governo Itamar Franco, vai coroar um extenso processo de consultas e incorporação de proposições dos diversos atores. O contexto de ampla recomposição das forças políticas de sustentação ao governo, que se seguiu ao *impeachment* do presidente, criou as condições de possibilidade, e mesmo a necessidade, da discussão ampla das regras de descentralização da gestão do sistema e dos seus mecanismos de financiamento, em particular.

Esse caráter de produto de ampla consulta e negociação entre diversos atores sociais e grupos de interesse fica explícito na introdução do documento

"Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei", texto que cumpriu o papel de uma exposição de motivos da Portaria Ministerial que instituiu a NOB 01/93, elaborado pelo Grupo Especial de Descentralização (GED), incumbido da elaboração da proposta de regulamentação:

A prioridade atribuída à formulação de uma proposta de operacionalização dos dispositivos legais que determinam a descentralização do Sistema Único de Saúde, manifestada ante o Conselho Nacional de Saúde, se concretizou em documento apresentado ao Plenário daquele Colegiado em reunião extraordinária realizada no dia 21 de janeiro de 1993. A partir daí iniciou-se um longo processo de discussão e negociação com o conjunto dos atores da área, que em maior ou menor grau já se encontravam integrados ao debate destas questões. Gestores estaduais e municipais, setor privado, entidades de representação popular e sindical, instituições públicas federais, entidades científicas se dedicaram a analisar, questionar e oferecer sugestões para o aperfeiçoamento da proposta. O que se buscava – e se obteve – foi a superação de divergências capazes de inviabilizar a implementação das medidas propostas. (Brasil, 1993b:5)

A NOB 96 criou instâncias permanentes de negociação e normalização no âmbito federal (CIT) e estadual (CIBs).

A CIT foi constituída por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), entidade representativa dos secretários estaduais, e do Colegiado Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), configurando-se como uma instância formal e permanente de negociação e de gestão intergovernamental. Sua finalidade manifesta era "assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implementação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde" (Brasil, 1993a).

As CIBs estaduais foram formadas paritariamente por dirigentes das Secretarias Estaduais de Saúde e dos órgãos de representação dos Secretários Municipais de Saúde, constituindo-se como "instância(s) privilegiada(s) de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS" e "cujas decisões deverão ser referendadas ou aprovadas pelo respectivo Conselho Estadual, submetendo-se ao seu poder deliberativo e fiscalizador" (Brasil, 1993a).

Essas instâncias de 'gerenciamento do processo de descentralização' foram criadas para possibilitar a adoção de mecanismos flexíveis de normalização deste processo, considerando alta heterogeneidade dos processos estaduais de implementação do SUS.

Como o próprio título do relatório do GED ressalta, "a ousadia de cumprir a lei" foi uma das consignas que orientou os trabalhos daquele grupo incumbido de traduzir, em normas acordadas entre os diversos atores sociais interessados, os dispositivos legais anteriores. Porém, no esforço de regulamentar os conteúdos da legislação, o GED inseriu critérios de distribuição, transferência de recursos e mecanismos de descentralização não incluídos na legislação e, mesmo, em total desacordo com aqueles dispositivos.

Ao regulamentar a Lei, a NOB 93 reorientou o processo de descentralização, propondo diversas modalidades de gestão descentralizada para os estados (condições de gestão *parcial e semiplena*) e municípios (condições de gestão *incipiente, parcial e semiplena*), de acordo com o interesse e o compromisso manifesto pelos respectivos entes federados na assunção das diversas responsabilidades de gestão descentralizada.

Manteve ainda, a respeito do financiamento, as modalidades de transferências de recursos denominadas Autorização para Internação Hospitalar (AIH) e Recursos para Cobertura Ambulatorial (RCA) e os respectivos sistemas informatizados de pagamento (e base para controle), Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS). Definiu também que

para os municípios o teto quantitativo mensal (de AIHs) será equivalente a um duodécimo de 8% de sua população, enquanto para os estados será de um duodécimo de 2% de sua população, acrescido dos quantitativos devidos aos seus municípios que não estiverem nas condições de gestão incipiente, parcial ou semiplena. (Brasil, 1993a:5)

No aspecto financeiro, a NOB introduziu o princípio de limitação dos gastos estaduais e municipais com internações hospitalares a um teto orçamentário previamente definido. Até então, o limite ao gasto hospitalar se prendia à fixação apenas do 'teto físico', isto é, de um quantitativo de internações permitidas de serem realizadas em cada estado, independentemente do impacto financeiro total que tais internações fossem representar. O valor do impacto financeiro só poderia, então, ser conhecido à medida que se consolidava a totalidade das faturas hospitalares do estado. Esse princípio fica, assim, inscrito na NOB 93, baseando-se o cálculo nos valores da série histórica dos valores médios da AIH:

o teto financeiro de custeio das atividades hospitalares para os municípios será calculado através da multiplicação do quantitativo de AIH pelo valor médio histórico da AIH no estado (janeiro a dezembro de 1992), corrigido na mesma proporção que a tabela básica de remuneração de procedimentos hospitalares. (Brasil, 1993a:5)

No caso do financiamento ambulatorial, manteve o cálculo pela Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA). Todas essas modalidades de cálculo de recursos contradizem o texto legal, sendo produto da negociação entre os gestores dos três níveis de governo, correspondendo às especificidades das diversas situações e estágios de implementação do sistema e à busca de garantias de condicionar o comportamento dos demais níveis.

Resultados positivos quanto à implantação da NOB foram reconhecidos por Mendes (1996:198), mas considerados insuficientes quanto à consecução de maior equidade pelo sistema:

a NOB 01/93 não obedeceu a determinações legais contidas na Lei 8.080/90 no que concerne à distribuição dos recursos e não se preocupou em instituir mecanismos que levassem à equidade. A sua operacionalização, na prática social, fez avançar, significativamente, o processo descentralizador e teve impacto na eficiência dos serviços prestados, especialmente em municípios que adotaram gestão semiplena. Contudo, seus resultados em equidade são questionáveis.

O período que se seguiu à edição da NOB 93 foi marcado por grande diversidade nos padrões de gestão do sistema descentralizado e das relações entre estados e municípios (Lima,1999; Levcovitz, 1997) e conflitos de competências entre os níveis de governo.

A NOB 96: radicalizando a descentralização da gestão

Após um período de negociação de cerca de um ano nos fóruns da CIT e do CNS, editou-se a NOB-SUS 01/96, através da Portaria nº 2.202, de 5 de novembro de 1996. O conteúdo da NOB 96 foi amplamente discutido e envolveu vários segmentos da sociedade, além de várias oficinas de trabalho do CONASS e encontros do CONASEMS, em que se "buscou a elaboração de uma proposta consensual, que atendesse às necessidades dos diferentes níveis gestores do SUS" (Lima, 1999:82).

A NOB-SUS 01/96 vai radicalizar o processo de descentralização do sistema, buscando corrigir as distorções detectadas durante a aplicação da norma operacional anterior. Lima (1999), citando Levcovitz (1997), arrola as estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde, em negociação com o CONASS e o CONASEMS, além daquelas de "reforço à capacidade gestora do SUS e da organização da gestão da assistência à saúde", representado pelo desenvolvimento de instrumental técnico/operacional para gestão do SUS:

radicalização da descentralização e ampliação dos efeitos da NOB-SUS 01/93, com definição clara dos papéis das instâncias de governo e plena responsabilização dos municípios pela saúde integral de seus municípios; mudança na lógica de alocação de recursos financeiros com estímulo à utilização dos instrumentos de programação, controle e avaliação como indutor da recuperação do comando do sistema pelos gestores públicos; estímulo à mudança do modelo de atenção à saúde, priorizando-se a reorganização da atenção básica; recuperação da capacidade operacional e melhoria da qualidade das unidades assistenciais do SUS. (Lima, 1999:78)

A NOB 96 introduz uma série de inovações na gestão do sistema, cabendo aqui destacar a proposta de uma Programação Pactuada e Integrada (PPI), a introdução do Piso Assistencial Básico (PAB) – um montante de recursos destinado exclusivamente às ações básicas de saúde – e uma melhor definição das competências dos três níveis de governo, além de diversos incentivos financeiros vinculados a ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Modifica também as condições de gestão para estados e municípios, instituindo as formas de gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal para os municípios, e gestão avançada do sistema estadual e gestão plena do sistema estadual para os estados.

Um maior detalhamento e uma análise dos conteúdos da NOB 96 podem ser realizados a partir dos trabalhos de Lima (1999) e Scotti (1996).

A NOB 96 define a PPI como instrumento central de definição dos critérios de alocação dos recursos entre os municípios.

A PPI representou, portanto,

um elemento primordial da NOB-SUS 01/96. Enquanto instrumento negociado entre gestores, traduz as responsabilidades, objetivos, metas, referências intermunicipais, recursos e tetos orçamentários e financeiros, em todos os níveis de gestão. Expressa a garantia de acesso universal aos serviços de saúde, diretamente, ou por referência a outro município, sempre por intermédio da relação gestor-gestor. O processo de elaboração é ascendente com base municipal, buscando a integralidade das ações, observando critérios nas CIB e CIT, aprovados nos respectivos Conselhos Estaduais de Saúde (CES). (Lima, 1999:83)

A PPI abrangia todas as dimensões da atenção à saúde realizadas pelo sistema (assistência ambulatorial, hospitalar, vigilância sanitária, epidemiológica e controle de doenças), com uma base municipal, "constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo" (Brasil, 1997:18).

A NOB 96 reconhece o papel das instâncias estaduais no processo de programação, porém limitando-o à compatibilização e harmonização das programações elaboradas pelos municípios, conferindo a estes últimos um papel protagonista no processo:

O processo de elaboração da Programação Pactuada entre gestores e Integrada entre esferas de governo deve respeitar a autonomia de cada gestor: o município elabora sua própria programação, aprovando-a no CMS [Conselho Municipal de Saúde]; o estado harmoniza e compatibiliza as programações municipais, incorporando as ações sob sua responsabilidade direta, mediante negociação na CIB, cujo resultado é deliberado pelo CES. (Brasil, 1997:18)

As intenções expressas na NOB 96, quanto ao papel da PPI, serão modificadas no processo de sua implementação concreta, assumindo papéis diferenciados e representando processos técnicos e políticos com diferentes graus de organização e tipos de resultados em cada estado da federação. Esta diversidade, pelo menos em parte, pode ser imputada à ausência de um consenso nacional sobre o formato e a abrangência do processo da PPI. Os roteiros e instrumentos propostos pelo Ministério da Saúde se revestiram do caráter de meras recomendações, não possibilitando uniformidade e comparabilidade de resultados entre os processos encaminhados nos vários estados. A PPI tampouco representou uma condição necessária real para nenhum dos processos de habilitação ou definição de tetos orçamentários, permitindo a freqüente fixação de valores de tetos a partir da projeção de séries históricas de produção.

AVANÇOS E IMPASSES NA IMPLEMENTAÇÃO DA NOB 96

A implantação dos dispositivos da NOB 96, após um período de incertezas que marcou o ano de 1997, pela indefinição dos valores do PAB, vai se dar efetivamente a partir da edição de uma série de portarias pelo Ministério da Saúde, durante o ano de 1998, que regulamentam e em parte modificam seu conteúdo. O PAB passa a ser denominado Piso de Atenção Básica, composto de uma parte fixa (o PAB original) e de outra variável, esta última representando incentivos financeiros condicionados à implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), aquisição de medicamentos básicos, vigilância sanitária e combate a carências nutricionais (Oliveira Jr., 2000). A partir de 1999, incorporam-se transferências para cobertura das ações descentralizadas de vigilância epidemiológica e controle de endemias, antes centralizadas na Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). O PAB fixo foi estipulado com base na série histórica de execução do leque de procedimentos que o compunham, apresentando variação entre R\$ 10,00 e R\$ 18,00, conforme o município.

O processo de descentralização do sistema no período revelou-se intenso, demonstrado pelo rápido crescimento do número de municípios habilitados nas condições de gestão previstas na NOB 96, alcançando, ao final do ano 2000, mais de 99% do total dos municípios do país (Brasil, 2000). O número de municípios que recebeu transferências federais para custeio através de mecanismos fundo-a-fundo passou de apenas 24, em 1994, para 5.450, ao final do ano 2000. O percentual de recursos federais para cobertura de serviços assistenciais transferidos fundo-a-fundo também cresceu vertiginosamente no mesmo período, de 6,19% para 60,8%, isto é, praticamente decuplicou (Brasil, 2000:2). Observa-se, no entanto, uma tendência de estabilização nesse crescimento nos últimos dois anos, apontando para uma saturação do processo, ou seja, uma limitação do avanço do movimento descentralizador nos marcos normativos instituídos pela NOB 96.

As regras estabelecidas pela NOB 96 e o processo técnico-político que suscitaram nos estados não garantiram a construção solidária das redes hierarquizadas de serviços como preconizadas pela Lei nº 8.080, principalmente quando pensadas no contexto de espaços territoriais supramunicipais, como microrregiões e regiões. A tendência verificada foi de disputas entre municípios pelos recursos e a ausência real de garantias de acesso dos cidadãos aos serviços existentes em municípios com estrutura assistencial de maior complexidade tecnológica. Há que se reconhecer que a adoção de mecanismos de limitação do acesso de pacientes de outros municípios, ou mesmo seu total cerceamento (que até mesmo recebeu, entre os gestores, o significativo epíteto de "fechamento das fronteiras"), já antecedia a NOB 96 e mesmo pretendia ser resolvido pelos dispositivos nela contidos.

Conflitos entre as unidades territoriais por recursos arrecadados centralmente são freqüentes em outros sistemas federativos, e mesmo esperados. Assim também são marcantes as disputas, através da concessão de incentivos fiscais entre estados ou municípios ("guerra fiscal"), para a atração de investimentos em seu território. Wright (1996:482), jocosamente, denomina este estratagema no jogo das relações intergovernamentais de "empobreça o seu vizinho".

Na NOB 96, a PPI foi o instrumento introduzido para equacionar este tipo de distorção ou efeito indesejável do processo de descentralização. A negociação dos quantitativos físicos e financeiros entre os gestores e sua formalização minimizaria o conflito distributivo e garantiria a cobertura financeira dos serviços oferecidos aos pacientes encaminhados de um município a outro.

O débil papel reservado aos estados de apenas "harmonizar e compatibilizar as programações municipais, incorporando as ações sobre sua responsabilidade", como já foi citado, aliado à ausência de instrumentos efetivos de realocação de

recursos, uma vez estabelecidos os tetos municipais dos municípios na condição de gestão plena do sistema, contribui para a permanência e agudização dos conflitos entre os municípios e para a retomada dos debates na CIT sobre a revisão da NOB, no início do ano 2000.

A NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE (NOAS-SUS 01/2001): induzindo a constituição de redes assistenciais

No mês de abril de 2000, em reunião da CIT, o Ministério da Saúde apresentou a primeira versão de um documento contendo propostas de revisão dos critérios de habilitação e qualificação de estados e municípios à condição de gestão plena.⁶ A partir das intensas discussões que se seguiram durante todo o ano, envolvendo diversos setores do Ministério e atores dos três níveis de governo, evoluiu-se para uma revisão mais ampla do arcabouço normativo da descentralização da assistência, que redundou na edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), em janeiro de 2001. A participação ativa de representantes CONASS e CONASEMS, bem como do CNS conferiu um caráter de regulamentação negociada, nos moldes das NOBs anteriores, constituindo o produto do 'consenso mínimo' alcançado no decorrer dos debates. Como se verá, alguns pontos centrais remanescem polêmicos e objeto de intensas divergências, como é o caso do co-financiamento da assistência.

A NOAS adota uma estratégia de "regionalização da assistência" como reorientadora do processo de descentralização do sistema, induzindo a organização de sistemas ou redes funcionais, perpassando as fronteiras municipais, com vistas a facilitar e garantir o acesso dos cidadãos à integralidade da assistência, bem como a fomentar comportamentos cooperativos entre os gestores:

A macro-estratégia de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso a usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. (Brasil, 2000)

⁶ "Proposta de estratificação e qualificação dos municípios por nível de complexidade e papel na rede regionalizada: documento para discussão", elaborada pelo Departamento de Descentralização da Gestão (DDGA), da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde.

A essa estratégia geral de regionalização da assistência, consubstanciado em Planos Diretores de Regionalização coordenados pelos estados, correspondem mudanças significativas no financiamento da assistência, descritas sucintamente a seguir.

A Ampliação do Escopo da Atenção Básica e o PAB-A

A NOAS definiu um conjunto de ações do chamado primeiro nível de atenção a ser realizado por todos os municípios: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão, controle do diabetes *mellitus*, saúde bucal, saúde da criança e saúde da mulher.

Ao Bloco de Procedimentos de Atenção Básica da Tabela SIA foram acrescentados procedimentos anteriormente constantes do Bloco da Média Complexidade, compondo um elenco a ser custeado com um Piso de Atenção Básica Ampliado, o PAB-A. Este piso será calculado a partir de um valor *per capita* definido nacionalmente.⁷ Os municípios que, porventura, já contam com um PAB superior ao valor do PAB-A manterão seus valores atuais congelados.

Ressalte-se que a NOAS não extinguiu ou modificou qualquer um dos componentes do chamado PAB variável, ficando mantidas as sistemáticas de seu cálculo.

Primeiro Nível de Referência Intermunicipal e o EPM-1

Acoplada à estratégia de regionalização e ao desenho de regiões e microrregiões de saúde, a NOAS instituiu um modelo de financiamento inovador para o que se denominou "primeiro nível de referência intermunicipal de média complexidade". Como estratégia para a ampla disponibilidade de serviços de média complexidade viáveis em menor escala, selecionou-se um conjunto de procedimentos denominado de "elenco mínimo de procedimentos de média complexidade ambulatorial", que, em diversos documentos do Ministério, se encontra abreviado como EPM-1.

Estes procedimentos contidos no EPM-1 deverão ser garantidos tanto para os cidadãos do município-sede do *módulo assistencial* ou do *pólo microrregional*, quanto dos municípios que compõem aqueles recortes territoriais. O módulo assistencial se define precisamente pela sua condição de base territorial com

⁷ Até o momento da redação deste artigo, os valores do PAB-A ainda não haviam sido fixados pelo Ministério da Saúde.

resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência da média complexidade, constituído por um ou mais municípios.

O mecanismo indutor adotado para a qualificação das microrregiões e módulos assistenciais foi o financiamento desse conjunto de procedimentos do primeiro nível de referência por um valor *per capita* nacional a ser multiplicado pela população contida no módulo territorial correspondente e transferido diretamente, fundo-a-fundo.⁸ A continuidade desse fluxo financeiro para a cobertura do EPM-1 está condicionada ao cumprimento de um Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, em que se registram as metas de referência negociadas entre os gestores.

A NOAS estabelece também que as referências neste primeiro nível de complexidade devem se fazer "em bloco", isto é, os recursos para sua cobertura devem ser alocados em sua totalidade nos municípios-pólo das microrregiões ou sedes dos módulos assistenciais. Acordos posteriores poderão ser então estabelecidos entre os pólos e municípios habitados em Gestão Plena da Atenção Básica de sua área de abrangência que já disponham de serviços incluídos no EPM-1, com vistas à transferência de recursos para seu custeio. Esta situação, prevista no item 11.1 da NOAS, tem sido objeto de antecipada resistência por muitos gestores, cômicos das dificuldades operacionais deste tipo de transferência entre municípios.

Financiamento da Média Complexidade Ambulatorial

É voz corrente, entre a maioria dos gestores estaduais e municipais, a limitação do financiamento do bloco de procedimentos de média complexidade. Diz-se que "a média está comprimida", ou mesmo "estrangulada", metáforas adequadas para expressar a grande dramaticidade da situação.

As formas de financiamento descritas para a Atenção Básica Ampliada e para o primeiro nível de referência intermunicipal tendem a aliviar, em maior ou menor grau, as dificuldades de financiamento desse bloco.

Os valores para o financiamento destes serviços serão obtidos a partir de valores *per capita* estaduais definidos no processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI). As secretarias de Estado da Saúde, em conjunto com os municípios, deverão estabelecer parâmetros de concentração para os grupos e

⁸ Até o momento da redação deste artigo, os valores *per capita* para cobertura do primeiro nível da média complexidade ainda eram objeto de negociação no âmbito da CIT (critérios outros que não a simples definição de um *per capita* nacional único). A suplementação de recursos para a garantia de um patamar mínimo, acrescida de um valor *per capita* para todos os estados, independente de seus níveis de gasto histórico, era uma das propostas em pauta.

subgrupos de procedimentos, a serem aprovados nas CIBs e nos Conselhos Estaduais de Saúde. Os parâmetros adotados deverão refletir não apenas necessidades em saúde em abstrato ou recomendadas por normas técnicas ou consenso de especialistas, mas também seu impacto financeiro e as disponibilidades de sua cobertura com os recursos disponíveis.

Financiamento da Alta Complexidade Ambulatorial e o FAEC

A NOAS dispõe que o financiamento da alta complexidade ambulatorial será realizado com recursos do Teto Financeiro da Assistência do estado, bem como parte das ações será coberta com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). Tal fundo, criado pela Portaria GM/MS nº 531, de 30/04/99, incorpora os recursos não executados pelo conjunto dos estados e municípios e os redireciona para ações consideradas estratégicas pela direção do Ministério da Saúde.

Uma norma posterior, a Portaria nº 627/GM, de 26/04/01, remete todo o financiamento dos serviços de alta complexidade, tanto ambulatoriais quanto hospitalares, juntamente com as ações estratégicas, para o FAEC. A referida portaria define o elenco dos procedimentos envolvidos, abarcando alguns subgrupos que compunham até então a média complexidade.

Financiamento da Assistência Hospitalar

No caso do financiamento da assistência hospitalar, a NOAS mantém a lógica de financiamento e o sistema de pagamento vigente, via Autorizações de Internação Hospitalar (AIH).

A PPI é eleita como o instrumento privilegiado de definição de seus limites financeiros, discriminando claramente as parcelas de recursos para cobertura da população própria do município e da população referenciada. Procura-se inverter a lógica de alocação, muitas vezes centrada nos interesses dos prestadores privados de serviços, para uma lógica de necessidades de saúde, em coerência com o quadro epidemiológico e com as diretrizes do planejamento do sistema de saúde geral. A NOAS procura resolver conflitos resultantes da retenção de recursos de hospitais públicos por gestores em gestão plena, seja estaduais ou municipais, definindo que

as unidades hospitalares públicas sob gerência de um nível de governo e gestão de outro, habilitado em gestão plena do sistema, preferencialmente deixem de ser remunerados por produção de serviços e passem a receber recursos correspondentes à realização de metas estabelecidas de comum acordo. (Brasil, 2001)

Este tratamento especial conferido às unidades hospitalares públicas, municipais ou estaduais, submetidas à gestão plena de outro nível de governo, equipara-se àquele já garantido aos hospitais universitários. Uma vez estabelecidos *Termos de Compromisso* entre as partes, o fluxo financeiro se altera, passando a ser efetuado diretamente do Fundo Nacional de Saúde ao fundo correspondente, impossibilitando a retenção de recursos pelo gestor.

A Programação Pactuada e Integrada: financiando a regionalização da assistência

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) foi prevista na NOAS como o processo privilegiado de alocação de recursos para a garantia da construção dos sistemas funcionais de saúde.

Diferentemente das NOBs anteriores, a PPI constitui-se como uma exigência preliminar e obrigatória para o processo de 'qualificação' das microrregiões e módulos assistenciais (NOAS-SUS 01/2001, item 10, alínea d) e, portanto, condição para o município-sede do módulo assistencial ou pólo microrregional receber, por transferência fundo-a-fundo, os recursos para cobertura de custeio das ações do primeiro nível de referência da média complexidade. Condiciona também a habilitação de municípios à condição de *gestão plena do sistema municipal* à existência e disponibilidade de serviços do primeiro nível de referência intermunicipal de média complexidade, bem como à sua previsão num Plano Diretor de Regionalização (PDR) coordenado pelo estado. Restringe-se a decisão soberana dos municípios de optarem por essa condição de gestão. As metas pactuadas entre os municípios na PPI passam a compor um *Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso*, estabelecido entre os estados e os municípios que assumem o atendimento de referências.

Ao concatenar todos esses processos, a NOAS induz o modelo de regionalização através de um incentivo financeiro central, qual seja o acréscimo de recursos novos aos municípios pólo microrregional ou sede de módulo assistencial.⁹ A existência de recursos novos é uma condição necessária à viabilidade e ao sucesso de um processo de PPI, pelas conhecidas pressões de crescimento de tetos e para se evitarem conflitos redistributivos análogos aos de 'jogos de soma zero', isto é, para que um dos participantes aufera ganhos (no caso, crescimento de tetos orçamentários municipais), outros são obrigados a sofrer perdas na mesma proporção.

⁹ Conclui-se que a extensão e a rapidez do processo de qualificação das microrregiões depende diretamente do patamar do valor *per capita* definido para a cobertura do primeiro nível de referência de média complexidade.

CONCLUSÕES

Os atores sociais envolvidos na negociação dos critérios de distribuição dos recursos de financiamento do SUS adotam mecanismos de gestão dos conflitos redistributivos para manterem o fluxo financeiro entre os níveis de governo e a continuidade dos serviços de saúde. Esses atores se articulam em redes intergovernamentais com estruturas e funcionamentos heterogêneos. Configura-se uma 'sub-rede' federal, mais estruturada e de funcionamento mais orgânico e contínuo, com atores mais especializados, que se articula, mais ou menos frouxamente, com as 'sub-redes' estaduais. A relação das sub-redes estaduais com a federal se concretiza através de poucos atores que realizam essa intermediação, sendo que esta sub-rede apresenta um elevado grau de autonomia e independência do funcionamento da sub-rede federal. A sub-rede estadual estudada apresenta um alto grau de fragmentação, com a utilização da intermediação das DRS, interpostas entre os gestores municipais e o gestor estadual.

A tentativa de buscar "condicionar as ações de outras unidades de governo através da produção de normas" (Agranoff, 1992) está bastante presente no cenário intergovernamental do financiamento do SUS. As normas gerais do processo de descentralização do sistema foram expressas na forma das NOBs (em quatro versões: 1991, 1992, 1993 e 1996) e mais, recentemente, em uma norma específica da assistência, a NOAS 01/2001. As NOBs 93 e 96, bem como a NOAS foram fruto de negociações entre o Ministério da Saúde e as representações dos estados (CONASS), dos municípios (CONASEMS) e entidades da iniciativa privada, refletindo o consenso mínimo entre as partes.

As NOBs de 1993 e 1996 resultaram de um longo processo de negociação e seu formato extremamente detalhado reflete a desconfiança recíproca entre os gestores dos três níveis de governo. Disso resultou uma regulamentação extensa, complexa e formalista. Atributos, aliás, que não garantiram, de nenhuma forma, a sua fiel aplicação pelas partes.

A 'pletora' normativa observada no financiamento do SUS poderia ser comparada, em analogia, ao 'círculo vicioso' que Crozier (1981:261) localiza nas organizações burocráticas, "onde a resistência [do funcionário] acaba finalmente por reforçar a influência do esquema que a provocou". Em reação a normas não cumpridas ou inviáveis de se cumprirem, ditam-se (ou negociam-se) novas normas, numa retroalimentação positiva.

As disputas pelas competências entre os níveis de governo e as garantias formais de aportes financeiros caracterizam as NOBs. Esta indefinição das competências governamentais encontra paralelo na "fase conflitiva" das RIGs nos Estados Unidos da América dos anos 30 e antes, a que Wright faz referência (1997:133), quando

os funcionários nacionais, estaduais e locais, que buscavam uma especificação precisa de seus respectivos poderes, supuseram que esses se excluía mutuamente. Ademais, os funcionários parecem haver esperado que a oposição e o antagonismo fossem parte do processo normal de aprender quem tem o poder para fazer o quê.

Para este mesmo autor, naquele contexto, "distribuir os papéis e especificar limites claros são sinais característicos da fase de conflito" (Wright, 1997:135).

Esse intenso conflito de competências demonstra a persistência de um prolongado processo de transição do modelo centralizado anterior, indicando que o atual, descentralizado, ainda se encontra em fase de conformação e acomodação.

A complexidade normativa assumida pelas questões da descentralização do SUS, em especial do seu financiamento, e a rápida mudança das regras e regulamentos promovida pelos atores como estratégia de manter suas posições relativas na arena setorial requer dos atores uma contínua atualização, fruto, em geral, da participação permanente nas discussões nos vários fóruns existentes (CIT, CIBs, representações de secretários estaduais e municipais, Conselhos de Saúde, encontros técnicos, congressos etc.).

A instabilidade institucional característica do sistema resulta, portanto, em uma contínua mudança das regras que regem os mecanismos e critérios de financiamento, o que vai exigir dos atores uma interação permanente, não apenas para a negociação desses critérios, mas para a troca contínua de informações e a elaboração dos posicionamentos de cada representação.

Além das NOBs, uma profusão de portarias e normas técnicas emitidas pelo Ministério da Saúde procuram condicionar a ação dos estados e municípios. Em geral, vinculam-se recursos específicos a cada grupo de ações que se deseja serem realizadas por esses entes federados. Essa estratégia corresponde ao mecanismo de GIG que Agranoff (1992:209) denominou de "planificação ou gestão descendente", que supõe a "utilização de subvenções para alcançar objetivos nacionais através de governos subnacionais e organizações privadas".

As pressões exercidas pelos gestores dos níveis estadual e municipal para se libertarem da sempre renovada vinculação de transferências financeiras à aceitação de políticas definidas centralmente esbarram na "regra de ouro das relações intergovernamentais": "quem tem o ouro, dita a regra"! Assim Wright (1997), o autor central do enfoque teórico utilizado neste trabalho, exprime, de forma bem humorada, e refletindo sobre o sistema federativo norte-americano, a principal regra do jogo das relações intergovernamentais. A experiência brasileira de implementação do SUS, pelo menos em parte, contraria essa regra, demonstrando a possibilidade da construção negociada dos critérios de distribuição e dos mecanismos de transferência dos recursos de financiamento do sistema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGRANOFF, R. Marco para el analisis comparado de las relaciones intergubernamentales.
In: MERINO HUERTA, M. (Org.) *Cambio Político y Governabilidad*. Mexico: Conacyt, 1992.
- ANDERSON, W. *Intergovernmental Relations in Review*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1960.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB 01-SUS 96*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com garantia de equidade no acesso*. Título provisório, 1ª versão preliminar para discussão e exposição ao Conselho Nacional de Saúde em 07/12/2000. (Mimeo.)
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS: NOAS-SUS 01/2001*. Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001, Anexo Único. Brasília: Diário Oficial da União de 29 de janeiro de 2001.
- CAMPOS, F. C. C. *Gestão intergovernamental no financiamento do Sistema Único de Saúde: a Programação Pactuada e Integrada (PPI) do SUS-MG, 1997-98*. Dissertação de mestrado em Administração. Belo Horizonte: Cepead/UFMG, 2000.
- CARVALHO, G. C. O caos no financiamento da saúde... no fundo do poço. In: IX Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1992. *Cadernos da Nona*. Grupo de Trabalho Técnico da Comissão Organizadora, v.1, p. 61-72, 1992.
- CASTRO, J. D. et al. *Análise da distribuição de recursos financeiros para a assistência à saúde no Brasil e Rio Grande do Sul e proposta de operacionalização dos critérios para sua distribuição*. Porto Alegre, s. d. (Mimeo.)
- COSER, L. A. *Conflito*. In: *Dicionário do Pensamento Social do Século XX*. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1996.
- CROZIER, M. *O Fenômeno Burocrático: ensaio sobre as tendências burocráticas dos sistemas de organização modernos e suas relações, na França, com o sistema social e cultural*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1981.
- LEVCOVITZ, E. *Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS, um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde, 1974/1996*. Tese de doutorado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Uerj, 1997.

- LIMA, L. D. *O processo de implementação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde: um estudo das relações intergovernamentais na CIB do Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Uerj, 1999.
- LOIOLA, E. & MOURA, S. Análise de redes: uma contribuição aos estudos organizacionais. In: FISCHER, T. (Org.) *Gestão Contemporânea: cidades estratégicas e organizações locais*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997.
- LOWY, J. American business, public policy, case studies and political theory. *World Politics*, 16:677-715, 1964.
- MANDELL, M. Gerência intergovernamental: uma perspectiva revisada. In: KLIKSBERG, B. (Org.) *Pobreza: uma questão inadiável; novas propostas a nível mundial*. Brasília: ENAP, 1994.
- MEDICI, A. C. *Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994. (AD Saúde, série temática, nº 3).
- MENDES, E. V. (Org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.
- MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MUNIZ, R. M. *Relaciones Intergubernamentales y política de medio ambiente en Brasil: un enfoque de gestión intergubernamental*. Tese de doutorado em Ciência Política e Administração. Madrid: Universidad Complutense, 1998.
- OLIVEIRA Jr., M. Critérios para repasse dos recursos federais/Papel redistributivo do Governo Federal (MS) e estadual no financiamento da saúde. XI Conferência Nacional de Saúde. Textos Iniciais. http://www.datasus.gov.br/cns/11Conferencia/textos/Criterios_para_repasse.htm, junho 2000.
- OLIVEIRA Jr., M. Problemas atuais e propostas para a revisão do financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil. In: IX Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1992. *Cadernos da Nona*. Brasília, Grupo de Trabalho Técnico da Comissão Organizadora, v. 2, p.77-98, 1992.
- PASQUINO, G. Conflito. In: BOBBIO, N.; MATTECCI & PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1995.
- SCOTTI, R. F. *Informações sobre a NOB-96: um novo modelo de gestão do SUS*, 1996. (Mimeo.)
- VIANNA, S. M. et al. *O Financiamento da Descentralização dos Serviços de Saúde: critérios para transferências de recursos federais para estados e municípios*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 1990.
- WRIGHT, D. S. *Para Entender las Relaciones Intergubernamentales: estudio introductorio de José Luis Méndez*. México: Fondo de Cultura Económica, 1997.