



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

JUVANETE AMORAS TÁVORA

**O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA DE
SAÚDE NO AMAPÁ: Avaliando a gestão e o acesso**

Fortaleza

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

JUVANETE AMORAS TÁVORA

**O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA DE
SAÚDE NO AMAPÁ: Avaliando a gestão e o acesso**

**Dissertação apresentada à Universidade Estadual
do Ceará como requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Planejamento e Políticas
Públicas, realizada sob Orientação do Prof. Dr.
João Tadeu de Andrade.**

Fortaleza

2010

JUVANETE AMORAS TÁVORA

**O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA DE
SAÚDE NO AMAPÁ: Avaliando a gestão e o acesso**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual do Ceará para
obtenção do título de Mestre em Planejamento e Políticas Públicas.

Fortaleza, 22 de dezembro de 2010

Banca Examinadora:

Prof. Dr. João Tadeu de Andrade- UECE
Orientador

Prof. Dr. Francisco Horácio da Silva Frota- UECE

Prof. Dra. Liduína Farias Almeida Costa -UECE

Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde que com dedicação, responsabilidade e determinação ajudaram a construir o sistema de saúde do Estado do Amapá.

Agradecimentos

A Deus por me oferecer sempre a oportunidade de crescer profissionalmente
a cada momento da minha vida.

Ao Governador Antonio Waldez Góes que permitiu aos seus colaboradores e demais
servidores do Estado o desenvolvimento profissional através da Escola de
Administração Pública nas mais diversas áreas de governo.

A colega Gorete de Souza, pedagoga, Diretora da Escola de Administração do Amapá que
com muita competência e dedicação ofereceu aos servidores do Estado a oportunidade para
realizar o primeiro Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas realizado no
Estado em parceria com a Universidade Estadual do Ceará.

À Universidade Estadual do Ceará, em especial aos professores do Mestrado Profissional em
Planejamento e Políticas Públicas que contribuíram na execução do curso.

A todos os colegas mestrandos, que com suas experiências e conhecimento fizeram com que
esse curso de mestrado fosse de altíssima qualidade nas discussões em sala de aula e no
desenvolvimento de artigos científicos.

Aos conhecidos e reconhecidos profissionais da Secretaria de Planejamento, Assis, Caser e
Secretaria de Estado da Saúde, Samuel Spenner, Ellen Farias, Dorilane Albuquerque que
contribuíram com sugestões e informações importantíssimas para esse trabalho.

Ao Prof. Dr. João Tadeu que com muita sapiência e paciência me
orientou na construção desse trabalho.

"Se desde o primeiro momento, conseguirmos determinar onde nos encontramos e aonde nos dirigirmos, poderemos julgar muito melhor o que temos de fazer e como fazê-lo".

(Abraham Lincoln, no famoso discurso da "Casa Dividida")

RESUMO

A descentralização dos serviços de saúde implementada no Brasil, a partir da década de 1990, representou importante avanço no sentido da construção do sistema de saúde brasileiro, sendo o eixo norteador para a organização do Sistema Único de Saúde. Este estudo trata da avaliação do processo de descentralização do SUS no Amapá, no ano de 2009, através de uma pesquisa documental e bibliográfica, onde se analisou aspectos relacionados à gestão e ao acesso. Foram analisados três indicadores de saúde que pudessem demonstrar o nível de acesso da população aos serviços de saúde tendo como base o SISPACTO 2009, além da análise do Plano Estadual de Saúde, Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimento (PDI), além do processo de Referência intermunicipal e dos Colegiados de Gestão Regional. Consideramos relevante avaliar o processo de descentralização e priorização das ações do sistema de saúde do Amapá, tendo em vista que a forma de planejamento e organização dos sistemas de saúde locais é fundamental para a construção de uma rede de serviços eficiente, que garanta o acesso, a equidade e a integralidade da atenção a saúde. Observou-se que a efetivação de políticas descentralizadas no Amapá é dificultada pela capacidade limitada de infraestrutura física, tecnológica e de pessoal dos entes municipais envolvidos no processo. Outro fator de interferência é a ausência de vontade política por parte dos prefeitos e gestores municipais em assumir as responsabilidades da gestão municipal da saúde levando a um processo de congestionamento nos atendimentos dentro da capital. O estudo demonstrou que apesar da desorganização e desarticulação do sistema de saúde no estado e da ausência de fluxo de referência intermunicipal observou-se que os indicadores de saúde selecionados para avaliar o nível de acesso como a cobertura das famílias atendidas pela estratégia da saúde da família e a oferta de consultas especializadas disponibilizadas na atenção básica, apresentaram um bom desempenho no ano de 2009. No entanto a oferta de exames preventivos do câncer de colo uterino (PCCU) encontra-se comprometida em razão dos municípios não oferecerem o serviço de citopatologia a população alvo.

PALAVRAS-CHAVE: SUS. Planejamento. Descentralização. Regionalização. Políticas de Saúde.

ABSTRACT

The decentralization of health services implemented in Brazil from the 1990s, represented an important advance towards the construction of the Brazilian health system, being the guiding principle for the organization of the Unified Health System. This study evaluates the process of decentralization of SUS in *Amapá* state in 2009, through archival research and literature, which examined issues related to management and access. We analyzed three health indicators that could demonstrate the level of population access to health services based on the SISPACTO 2009, along with analysis of the State Health Plan, Master Plan for Regionalization (PDR), Investment Plan (IDP) except the process of Reference and inter Collegiate Management Regional. Consider relevant to assess the decentralization process and prioritization of the actions of the health system of *Amapá*, in order that the form of planning and organization of local health systems is key to building an efficient network of services, ensuring access, equity and comprehensive care to health. Observed that the effectiveness of decentralized policies in *Amapá* is hampered by the limited capacity of physical infrastructure, technology and staff of local entities involved. Another interference is the absence of political will on the part of mayors and municipal managers to assume the responsibilities of municipal management of health leading to a process of consultations within the congestion capital. The study showed that despite the disruption and dismantling of the system health status and the absence of reference flow inter noted that the selected health indicators for assessing the level of access as the coverage of families served by the strategy of family health and the provision of specialized care provided in primary care showed a good performance in 2009. However the provision of preventive screening of cervical cancer (PCCU) is jeopardized because the municipalities do not offer the service of cytopathology to the target population.

KEYWORDS: SUS. Planning. Decentralization. Regionalização. Políticas Health

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
1.0 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: ASPECTOS HISTÓRICOS.....	16
1.1 A SAÚDE PÚBLICA NO PERÍODO COLONIAL (1500 A 1888)	18
1.2 A SAÚDE PÚBLICA NA REPÚBLICA VELHA (1889 A 1930)	20
1.3 A SAÚDE PÚBLICA NO PERÍODO VARGAS (1930 A 1945)	23
1.4 A DEMOCRATIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA (1945 A 1964)	25
1.5 A SAÚDE PÚBLICA NO REGIME MILITAR (1965 A 1984)	27
1.6 A SAÚDE PÚBLICA NA REPÚBLICA NOVA (A PARTIR DE 1985)	31
2.0 MODELOS DE SISTEMAS DE SAÚDE	35
2.1 SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	39
2.2 PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS DO SUS	41
2.3 ARCABOUÇO JURÍDICO DO SUS	46
3.0 A DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS	49
3.1 AS NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS	51
3.1.1 A NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SUS 01/91	52

3.1.2 A NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SUS 01/92	53
3.1.3 A NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SUS 01/93	53
3.1.4 A NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SUS 01/96.....	56
3.1.5A NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE 2001.....	62
3.1.6 A NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE 2002.....	63
3.2 O PAPEL DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE	65
3.3 O PAPEL DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS).....	66
3.4 AS COMISSOES INTERGESTORES.....	66
3.5 O PACTO PELA SAÚDE	67
4.0 O SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SUS	71
4.1 INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DA REGIONALIZAÇÃO	74
4.2 DAS RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS	77
4.3 DO FINANCIAMENTO PARA A GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	84
5.0. O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS NO AMAPÁ.....	86
5.1 O SISTEMA DE SAÚDE AMAPAENSE	88
5.2 OS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DA DESCENTRALIZAÇÃO.	92
5.2.1 O PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2008-2011	93
5.2.2 OS TERMOS DE COMPROMISSOS DE GESTÃO ESTADUAL E MUNICIPAL.....	93
5.2.3 O PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO	94
5.2.4 OS COLEGIADOS DE GESTÃO REGIONAL	98
5.2.5 O PLANO DIRETOR DE INVESTIMENTO	99
5.2.6 O PROCESSO DE REFERÊNCIA INTERMUNICIPAL	100
5.2.7 RELATÓRIO DE GESTÃO.....	100

5.2.8 AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE	101
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	105

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Mapa geográfico do Estado do Amapá

Figura 2 – Evolução do Programa saúde da Família Amapá

Figura 3- Mapa da Regionalização da Saúde/2001

Tabela 1- Habilitação dos estados brasileiros e Distrito Federal na NOB-SUS/96

Tabela 2 - Proporção de Moradores por Tipo de Abastecimento de Água

Tabela 3 – Proporção de Moradores por Tipo de Destino de Lixo

Tabela 4 – Proporção de Moradores por tipo de Instalação Sanitária

Tabela 5- Quantidade de leitos por tipo de gestão

Tabela 6 - Equipamentos disponibilizados na rede de saúde

Tabela 7- Desempenho dos Indicadores de saúde

Quadro 1- As características diferenciais dos sistemas fragmentados e das redes de atenção à saúde

Quadro 2 -Habilitação dos municípios brasileiros, por estado, na NOB-SUS/96.

Quadro 3- Estabelecimentos que compõem o sistema estadual de saúde

Quadro 4 – Morbidade Proporcional por Grupo de Causas, Amapá, 2000 a 2006.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AIS – Ações Integradas de Saúde

ANS-Agência Nacional de Saúde Suplementar

APS- Atenção Primária de Saúde

ABRASCO-Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

CAP- Caixa de Aposentadoria e Pensão

CEBES-Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CEME--Central de Medicamentos

CES – Conselho Estadual de Saúde

CFNS – Conferência Nacional de Saúde

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
COSEMS – Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
DATAPREV - Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DNERu- Departamento Nacional de Endemias Rurais
FAEC- Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FAS Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FUNABEM - Fundação Nacional do Bem Estar do Menor
FUNASA- Fundação Nacional de Saúde
IAPAS – Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social
IAP Instituto de Aposentadoria e Pensões
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
LBA - Fundação Legião Brasileira de Assistência
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MESP- Ministério da Educação e Saúde Pública
MS – Ministério da Saúde
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
NOB – Norma Operacional Básica
PDR- Plano Diretor de Regionalização
PDI- Plano Diretor de Investimento
PIASS- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PLANEJASUS- Sistema de Planejamento do SUS
PPA – Plano Pluri Anual
PAB – Piso de Atenção Básica
PESB – Programa Especial de Saúde da Baixada Fluminense
SAS/MS – Secretaria de Assistência à Saúde do MS
SAMS- Sistema de Atenção Médica Supletiva
SAMDU- Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência

SAMHPS – Sistema de Assistência Médico Hospitalar

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SESP- Serviço Especial de Saúde Pública

SDD Sistema de Desembolso Direto

SIH/SUS – Sistema de Informação Hospitalar do SUS

SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência Social

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 conferiu maior autonomia política e fiscal aos estados e municípios e apontou a descentralização como eixo para a melhoria da prestação de serviços com vistas à melhoria do acesso da população as ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade.

O art. 198 da Constituição Federal formulou a estrutura geral do sistema único de saúde, considerando-o uma rede regionalizada e hierarquizada, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: a) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; b) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; c) participação popular. Diz ainda, que esse sistema será financiado com recursos da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (§1º), ficando previstos recursos mínimos a serem aplicados, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 1988).

De acordo com as diretrizes do Sistema de Planejamento do SUS-PLANEJASUS, as ferramentas de planejamento e organização, como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI), deverão ser utilizados para nortear e delimitar o planejamento das ações a serem desenvolvidas nas diversas áreas, orientando o processo de descentralização e negociação entre os gestores.

As diferenças demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas, assistenciais, gerenciais e financeiras nos municípios brasileiros geram distintos perfis de problemas, dificuldades e prioridades no espaço local e regional de intervenção no setor saúde produzindo desigualdades relevantes na capacidade do Sistema Único de Saúde em responder às necessidades locais e conseqüentemente grandes conflitos na arena do SUS.

No Estado do Amapá essa realidade não é diferente, sendo que estudos para analisar a descentralização dos serviços de saúde são inexistentes e considerando que trabalhamos no setor saúde a 22 anos, dos quais 12 em áreas de gestão tivemos a preocupação em avaliar o processo de descentralização do sistema de saúde, no âmbito da gestão e do acesso através da análise de sua operacionalização, bem como os instrumentos orientadores de planejamento e organização, considerando a sua importância para gestores municipais e

estaduais, os quais poderão utilizá-lo como ferramenta auxiliar nas medidas intervencionistas na área de gestão e acesso.

Esse estudo foi realizado através de uma pesquisa bibliográfica e documental na Secretaria de Saúde do Estado do Amapá, tendo como base o ano de 2009, onde foram analisados o Plano Estadual de Saúde (2008-2011) e seu respectivo Termo de Compromisso de Gestão, o Plano Diretor de Regionalização, incluindo o processo de referência intermunicipal, os Colegiados de Gestão Regional, o Plano Diretor de Investimento, os Relatórios de Gestão Regional e os indicadores de acesso e gestão definidos no SISPACTO 2009.

No primeiro capítulo é apresentado um histórico da saúde pública no Brasil, em ordem cronológica desde o período colonial até a criação do sistema único de saúde em 1988, descrevendo os modelos adotados nas diferentes épocas, os fatos de relevância e a sua importância para a saúde pública brasileira.

Em seguida é feita uma abordagem sobre os modelos de sistemas de saúde existentes, suas formas de organização, financiamento e regulação, em especial sobre o sistema de saúde brasileiro, seus princípios organizacionais e diretivos, além do arcabouço jurídico constitucional.

No terceiro capítulo é feita uma contextualização sobre descentralização e apresentado os diferentes instrumentos normativos emitidos pelo Ministério da Saúde com seus requisitos de exigência para habilitação, desde a NOB/91 até o Pacto pela Saúde 2006.

Posteriormente, no terceiro capítulo é apresentado o sistema de planejamento do SUS, destacando-se os instrumentos de organização da regionalização. As responsabilidades dos gestores do SUS, nas diferentes esferas governamentais são abordadas nesse capítulo, juntamente com a política de financiamento para a melhoria da gestão do sistema de saúde brasileiro.

Por fim, é apresentada a avaliação do processo de descentralização do SUS no Amapá, a partir da análise documental dos instrumentos orientadores da regionalização, com um relato sobre o sistema de saúde amapaense, discorrendo sobre sua forma de planejamento e organização e avaliação de indicadores de gestão e acesso.

1.0 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: ASPECTOS HISTÓRICOS

A saúde pública no Brasil passou por diversos momentos desde a colonização e a exploração econômica européia, nos idos de 1500, até a criação do sistema único de saúde pela Constituição Federal de 1988.

Ao analisar a história da saúde pública no Brasil percebe-se que ela se confunde com a história política, social e econômica por qual passou o país durante os últimos séculos.

A lógica do processo evolutivo do sistema de saúde brasileiro desde o início baseou-se nos interesses econômicos. Até 1850, as atividades de saúde pública estavam limitadas ao controle sanitário de navios e dos portos, perdurando assim por muito tempo. O tipo de organização política do império era de um regime de governo unitário e centralizador, incapaz de dar continuidade e eficiência na transmissão e execução à distância das determinações emanadas dos comandos centrais.

Enquanto a sociedade brasileira esteve dominada por uma economia agro-exportadora, assentadas na monocultura cafeeira, o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento destinado aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Por esta razão, desde o final do século passado até o início dos anos 60, predominou o modelo do sanitarismo campanhista (POLIGNANO, 2006).

Apesar das arbitrariedades e dos abusos cometidos, o modelo campanhista obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, conseguindo inclusive erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto por Oswaldo Cruz e o tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante décadas.

Gradativamente, com o controle das epidemias nas grandes cidades brasileiras o modelo campanhista deslocou a sua ação para o campo e para o combate das denominadas endemias rurais, em razão de ser a agricultura a atividade hegemônica da economia da época. Este modelo de atuação foi amplamente utilizado pela Superintendência de Campanhas-SUCAM no combate a diversas endemias como Doença de Chagas, Esquistossomose e outras.

É a partir principalmente da segunda metade da década de 50, com o maior desenvolvimento industrial, com a conseqüente aceleração da urbanização e o assalariamento de parcelas crescente da população, que ocorreu maior pressão pela assistência médica via institutos, e viabilizou-se o crescimento de um complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, em que se privilegiavam abertamente a contratação de serviços de terceiros.

A escassez de recursos financeiros associado à pulverização destes recursos e de pessoal entre diversos órgãos e setores, aos conflitos de jurisdição e gestão, e superposição de funções e atividades, fizeram com que a maioria das ações de saúde pública no Estado Novo se reduzisse a aspectos normativos, sem efetivação no campo prático de soluções para os grandes problemas sanitários existentes no país naquela época.

O Ministério da Saúde, criado em 1953 limitou-se ao desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação sem que significasse uma nova atitude do governo e uma efetiva preocupação em atender aos problemas de saúde pública dentro da sua área de competência.

Desta forma, foram estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos, o que propiciou a estes grupos se capitalizar, provocando um efeito cascata com o aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial.

Em 1975 foi instituído o Sistema Nacional de Saúde, que estabelecia de forma sistemática o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Oficialmente se materializa a dicotomia da questão saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde.

No entanto, o governo federal destinou poucos recursos ao Ministério da Saúde, que dessa forma foi incapaz de desenvolver as ações de saúde pública propostas, o que significou na prática uma clara opção pela medicina curativa, que era mais cara e que, no entanto, contava com recursos garantidos através da contribuição dos trabalhadores para o Instituto Nacional de Previdência Social.

O setor médico privado se beneficiou do modelo médico-privatista durante quinze anos a partir de 64, tendo recebido neste período grande quantidade de recursos financeiros do setor público e financiamentos subsidiados.

A partir do momento em que o setor público entrou em crise, o setor liberal começou a perceber que não mais poderia se manter e passou a formular novas alternativas para sua estruturação, direcionou o seu modelo de atenção médica para parcelas da população, classe média e categorias de assalariados, procurando através da poupança desses setores sociais organizar uma nova base estrutural. Deste modo foi concebido um subsistema de atenção médico-supletiva composta de cinco modalidades assistenciais: medicina de grupo, cooperativas médicas, auto-gestão, seguro-saúde e plano de administração.

O subsistema de atenção médica-supletiva cresceu vertiginosamente na década de 80, de tal modo que no ano de 1989 chega a cobrir 31.140.000 brasileiros, correspondentes a 22% da população total, e apresentando um volume de faturamento de US\$ 2.423.500.000,00 (MENDES, 1992 apud POLIGNANO, 2006).

Este sistema baseia-se num universalismo excludente, beneficiando e fornecendo atenção médica somente para aquela parcela da população que tem condições financeiras de arcar com o sistema, não beneficiando a população como um todo e sem a preocupação de investir em saúde preventiva e na mudança de indicadores de saúde.

No final da década de 80, a grande conquista do movimento sanitário é a consolidação de um sistema de saúde público, contemplando um modelo de saúde financiado na sua totalidade pelos governos federal, estadual e municipal, buscando a assistência integral à saúde.

1.1 A SAÚDE PÚBLICA NO PERÍODO COLONIAL (1500 A 1888)

O Brasil nesse período se encontrava a margem do capitalismo mundial, submetendo-se econômica e politicamente a Portugal. A exploração econômica se dava através dos ciclos do pau-brasil, cana de açúcar, café e da mineração. No período colonial, a exploração pelos portugueses foi intensa, trazendo enfermidades como a varíola e outras doenças infecto-contagiosas oriundas do continente europeu.

O isolamento geográfico e as dificuldades materiais comprometiam a sobrevivência dos colonizadores europeus e os escravos. Diante do cenário caótico que colocava em risco a colonização e exploração econômica o Conselho Ultramarino Português, criou os cargos de físico-mor e cirurgião-mor no século XVI. Entretanto, médico era uma raridade. Em 1746 havia somente seis médicos graduados em universidades européias atuando na região sul do país (BERTOLLI, 2008)

Com a chegada da corte portuguesa para o Brasil em 1808, a cidade do Rio de Janeiro foi o centro de intervenção das condições sanitárias. . As atividades de saúde pública, no Século XIX, limitaram-se à delegação de atribuições sanitárias às juntas municipais e às atividades vacinadoras contra a varíola.

Nessa época foi construída a Academia Real de Medicina Social na Bahia (1815) que tinha como objetivos: a proteção da saúde da população segundo os modelos europeus e a defesa da ciência, o que contribuiu para a construção da hegemonia da prática médica no Brasil.

Em 1828 foi criada a Inspetoria de Saúde dos Portos e os navios suspeitos de transportarem passageiros enfermos passaram a ser submetidos à quarentena, numa ilha próxima à baía de Guanabara.

A lei de 30 de agosto de 1828 atribuiu às Câmaras Municipais a responsabilidade pelas ações e serviços de saúde e de higiene. Destaque para os problemas enfrentados pela saúde pública, como a epidemia de febre amarela, em várias cidades nos anos de 1849-1850, o que fez com que o governo imperial adotasse algumas medidas, como a criação da Junta de Higiene Pública.

A Junta de Higiene Pública se mostrou pouco eficaz e, apesar de várias reformulações, não alcançou o objetivo que era cuidar da saúde da população. No entanto, é o momento em que instâncias médicas assumem o controle das medidas de higiene pública. Seu regulamento é editado em 20 de setembro de 1851 e a transforma em Junta Central de Higiene Pública. Tem como objetivo a inspeção da vacinação, o controle do exercício da medicina e a polícia sanitária da terra, que engloba a inspeção de alimentos, farmácias, armazéns de mantimentos, restaurantes, açougues, hospitais, colégios, cadeias, aquedutos, cemitérios, oficinas, laboratórios, fabricas e, em geral, todos os lugares de onde possa provir dano à saúde pública (MACHADO *et al*, 1978).

Ainda assim, as medidas sanitárias eram deficientes e pontuais e a população mais carente não tinha acesso aos serviços médicos, restando os curandeiros negros para realizar o tratamento dos pobres.

Até 1850, as atividades de saúde pública estavam limitadas a: i) delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais; e ii) controle de navios e saúde dos portos.

A Junta não resolveu os problemas de saúde pública. Mas, embora não tenha eliminado as epidemias, ela marca uma nova etapa na organização da higiene pública no Brasil. Essa forma é que será mantida durante o século XIX. Embora trágico, o surto de doenças infecto-contagiosas acabaria sendo responsável por uma guinada na história do sanitarismo no Brasil, pois foi em função dele que o ministério do Império decidiu nomear, em fevereiro de 1850, uma Comissão Central de Saúde Pública que se tornou o embrião da saúde no Brasil.

1.2 A SAÚDE PÚBLICA NA REPÚBLICA VELHA (1889 A 1930)

Durante a República Velha, o país foi dominado pelas oligarquias, especialmente de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, sendo estabelecido um Estado com organização político-administrativa baseada no capitalismo.

A proclamação da República em 1889 foi embalada na idéia de modernizar o Brasil. A necessidade urgente de atualizar a economia e a sociedade, escravistas até pouco antes, com o mundo capitalista mais avançado favoreceu a redefinição dos trabalhadores brasileiros como capital humano. Essa idéia tinha por base o reconhecimento de que as funções produtivas são a fontes geradoras da riqueza das nações. Assim, a capacitação física e intelectual dos operários e dos camponeses seria o caminho indicado para alterar a história do País, considerado no exterior como “região bárbara”. Nesse contexto, a medicina assumiu o papel de guia do Estado para assuntos sanitários, comprometendo-se a garantir a melhoria da saúde individual e coletiva e, por extensão, a defesa do projeto de modernização do País (BERTOLLI, 2004).

No período de 1897 até 1930 os assuntos relacionados com a saúde, como funções públicas, eram tratados no Ministério da Justiça e Negócios Interiores, em específico, na

Diretoria Geral de Saúde Pública. A assistência à saúde ofertada pelo Estado até a década de 1930 estava limitada às ações de saneamento e combate às endemias. (MÉDICI, 1994)

No início do século XIX, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam a população, como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste, o que acabou gerando sérias conseqüências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não queriam mais atracar no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária existente na cidade.

Diante do cenário caótico, as oligarquias buscaram auxílio para solucionar esse sério problema que acometia a população urbana e prejudicava a economia nacional naquela época. Em 1892, foi criado o Serviço Sanitário Paulista com o objetivo de prevenir e combater as doenças que incidiam sobre as pessoas. Tornou-se compulsória a notificação oficial dos casos de doenças infecto-contagiosas em pessoas residentes ou em transito pelo estado. Foi criado o Laboratório Bacteriológico, Vacinogênico e de Análises Clínicas e Farmacêuticas visando dar apoio as ações sanitárias adotadas pelo governo paulista.

Em 22 de agosto de 1899, o prefeito da capital federal (Rio de Janeiro), Cesário Alvim solicitou ao Barão de Pedro Affonso, à frente do Instituto Vacínico Municipal do Rio de Janeiro, a produção de soros contra a peste bubônica. Assim, em 25 de maio de 1900 nasce o Instituto Soroterápico Federal, na distante fazenda de Manguinhos, em Inhaúma, sob a direção geral do Barão de Pedro Affonso e a direção técnica de Oswaldo Cruz . Em 1903 foi inaugurado o Instituto Pasteur com a finalidade de produzir e comercializar produtos de uso médico-veterinário.

Nessas instituições, uma nova geração de médicos, formados segundo o paradigma da bacteriologia e influenciados pela pesquisa científica praticada na França e na Alemanha, começaria a exercer forte influência nas concepções sobre as doenças transmissíveis e nas propostas de ações em saúde pública (LIMA, 2005).

Rodrigues Alves, então presidente do Brasil, nomeou Oswaldo Cruz, como Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, que se propôs a erradicar a epidemia de peste bubônica, varíola e febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro.

Com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública que visava a extensão dos serviços de saneamento urbano e rural, além da higiene industrial e materno-infantil, a saúde pública passou a ser tomada como questão social. Datam dessa época os primeiros

encontros dos sanitaristas que bradavam por soluções mais eficazes no que tocava às questões de saúde. (BRAGA & PAULA, 1987)

Um exército de 1.500 pessoas passou a exercer atividades de desinfecção no combate ao mosquito, vetor da febre-amarela. A falta de esclarecimentos e as arbitrariedades cometidas pelos “guarda - sanitários” causou revolta na população. Este modelo de intervenção ficou conhecido como campanhista e foi concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificavam os meios, e no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos de ação (BERTOLLI, 2008) .

O descontentamento da população se agrava com outra medida de Oswaldo Cruz, a Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, que instituiu a vacinação anti-varíola obrigatória para todo o território nacional. Surge, então, um grande movimento popular de revolta que ficou conhecido na história como a Revolta da Vacina.

Apesar da insatisfação da população, o modelo campanhista obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, conseguindo inclusive erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto e o tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva saúde durante décadas.

Em 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça e introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, inovando o modelo campanhista de Oswaldo Cruz que era puramente fiscal e policial.

Criaram-se órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças. A assistência hospitalar, infantil e a higiene industrial se destacaram como problemas individualizados. Expandiram-se as atividades de saneamento para outros estados, além do Rio de Janeiro.

A Escola de Enfermagem Anna Nery, criada em 1922, demarca a implantação da enfermagem moderna no Brasil, sob a égide da saúde pública, no bojo de uma grande reforma sanitária liderada pelo então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, o sanitarista Carlos Chagas. Nesta ocasião, uma missão de enfermeiras norte-americanas patrocinada pela Fundação Rockefeller e chefiada pela enfermeira Ethel Parsons foi enviada ao Brasil com objetivo de promover as inovações na área da saúde. Em razão das péssimas condições de trabalho existentes e da falta de garantias de direitos trabalhistas, o movimento operário organizou e realizou duas greves no país, uma em 1917 e outra em 1919, através destes movimentos os operários começaram a conquistar alguns direitos sociais.

Em 24 de janeiro de 1923, é aprovada pelo Congresso Nacional, a Lei Eloi Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil, através desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's).

A Lei que regulamentou a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) tem sido indicada como o momento inicial da responsabilização do Estado pela regulação da concessão de benefícios e serviços, especialmente da assistência médica. Tratava-se de organizações de direito privado, criadas para grupos específicos de servidores e organizadas segundo princípios de seguro social, ou seja, um modelo em que os benefícios dependiam das contribuições dos segurados (ESCOREL *et al*, 2005).

A Lei deveria ser aplicada a todos os trabalhadores para que fosse aprovada no Congresso Nacional, dominado na sua maioria pela oligarquia rural, foi imposta à condição de que este benefício não seria estendido aos trabalhadores rurais. Fato que na história da previdência do Brasil perdurou até a década de 1960, quando foi criado o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural -FUNRURAL. Assim foi aprovada contemplando somente o operariado urbano.

O Estado não participava propriamente do custeio das Caixas, que, de acordo com o determinado pelo artigo 3º da Lei Eloi Chaves, era mantido por empregados das empresas (3% dos respectivos vencimentos); empresas (1% da renda bruta); e consumidores dos serviços destas (CORDEIRO, 2004).

1.3 A SAÚDE PÚBLICA NO PERÍODO VARGAS (1930 A 1945)

Durante a revolução de 1930, Getúlio Vargas promoveu uma ampla reforma política e administrativa rompendo com a política do café com leite, entre São Paulo e Minas Gerais, que sucessivamente elegiam o Presidente da República.

Em 1930 é instalado o Ministério de Educação e Saúde Pública, tendo como titular o advogado Francisco Luis da Silva Campos, que determinou profunda reforma dos serviços sanitários no país. Entre elas a desintegração das atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública (vinculado ao Ministério da Justiça) e a pulverização de ações de saúde a outros diversos setores como: fiscalização de produtos de origem animal que passa para o Ministério

da Agricultura (1934); higiene e segurança do trabalho (1942) que se vincula ao Ministério do Trabalho.

As antigas CAP's são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP). Nestes institutos os trabalhadores eram organizados por categoria profissional (marítimos, comerciários, bancários) e não por empresa. Sob a tutela do Estado, esses órgãos garantiram assistência médica a uma vasta parcela da população urbana sem custo para a administração federal.

Em 1933, foi criado o primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensões: o dos Marítimos (IAPM). Seu decreto de constituição definia, no artigo 46, os benefícios assegurados aos associados:

- a) Aposentadoria;
- b) Pensão em caso de morte, para os membros de suas famílias ou para os beneficiários, na forma do art. 55 :
- c) Assistência médica e hospitalar , com internação até trinta dias;
- d) Socorros farmacêuticos, mediante indenização pelo preço do custo acrescido das despesas de administração.

A partir da instalação do Estado Novo a administração sanitária buscou reforçar as campanhas de educação popular.

Em 1941, instituiu-se a reforma Barros Barreto, em que se destacam as seguintes ações:

- Instituição de órgãos normativos e supletivos destinados a orientar a assistência sanitária e hospitalar;
- Criação de órgãos executivos de ação direta contra as endemias mais importantes (malária, febre amarela, peste);
- Fortalecimento do Instituto Oswaldo Cruz, como referência nacional; descentralização das atividades normativas e executivas por oito regiões sanitárias;
- Programas de abastecimento de água e construção de esgotos, no âmbito da saúde pública;
- Atenção aos problemas das doenças degenerativas e mentais com a criação de serviços especializados de âmbito nacional (Instituto Nacional do Câncer).

Em 1942 o Ministério da Educação e Saúde é autorizado a organizar o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). O novo órgão é criado em decorrência da Terceira Conferência Extraordinária dos Ministros das Relações dos Continentes Americanos, realizada em janeiro daquele ano, no Brasil. Ainda nesse ano, Brasil e EUA assinaram, em

Washington, o Acordo Básico, que definia responsabilidades em relação às garantias sanitárias, a fim de desenvolver na área de extração de borracha na Amazônia as atividades de saneamento, profilaxia da malária e assistência médico-sanitária aos trabalhadores daquele setor da economia.

Em 1944 o SESP, por meio de novos acordos, passa a atender outras regiões do País, ampliando suas ações e firmando convênios de cooperação com os governos estaduais, em especial, com os do nordeste.

Durante o período Vargas houve uma considerável diminuição das mortes por enfermidades epidêmicas. No entanto, apesar da ampliação da cobertura médico-hospitalar aos trabalhadores urbanos e dos novos métodos de controle epidemiológico adotados pela Fundação Rockefeller (norte americana) o Brasil permanecia como um dos países mais doentes do continente americano.

Até o fim dos anos 1950, a assistência médica previdenciária não era importante. Os técnicos do setor a consideravam secundária no sistema previdenciário brasileiro, e os segurados não faziam dela parte importante de suas reivindicações (POLIGNANO, 2006).

As políticas de saúde, então implementadas, corresponderam a alterações em diversos campos; na esfera institucional, a principal mudança consistiu na criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), o qual passou por sucessivas reformulações. Ao MESP cabia a saúde pública, ou melhor, tudo que dissesse respeito à saúde da população e que não se encontrava na área da medicina previdenciária, desenvolvida no Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

O MESP fazia a prestação de serviços para aqueles identificados como pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais, ou seja, todos aqueles que não se encontravam habilitados a usufruir os serviços oferecidos pelas caixas e pelos serviços previdenciários.

Tal dualidade tornou-se uma das marcas do sistema de proteção social de saúde no Brasil, formalizando no campo da saúde uma separação, uma distinção institucional entre duas áreas de gestão em políticas públicas de saúde, que marcaria definitivamente as ações de saúde no Brasil (LIMA *et al*, 2005).

1.4 A DEMOCRATIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA (1945-1964)

Após a deposição de Getúlio Vargas o Brasil iniciou o período de redemocratização. Desde que assumiu o governo, o presidente Eurico Dutra estabeleceu como prioridade a organização dos serviços públicos.

O plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia) tinha como objetivo a melhoria dos sistemas de saúde, alimentação, transporte e energia. Dutra apresentava a questão da saúde como uma de suas prioridades, mas a Saúde Pública, ainda que elevada condição de "questão social", nunca esteve verdadeiramente entre as opções prioritárias da política de gastos do governo (ALENCAR *et al*, 1985).

Em 1953 a Lei 1.920, criou o Ministério da Saúde. Nos primeiros anos de atuação, o Ministério da Saúde preocupou-se em combater as doenças que atingiam a população rural: Doença de Chagas, malária, tracoma e esquistossomose. As regiões industrializadas e densamente povoadas eram atendidas pelos hospitais e clínicas particulares ou conveniadas com os Institutos de Pensão e Aposentadorias.

Em 1954 a União estabelece a Escola Nacional de Saúde Pública, através da Lei n.º 2312, de 03 de setembro, que dispunha sobre "normas gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde, definindo que a União manteria uma Escola Nacional de Saúde Pública, a qual poderia ser equiparadas com outras existentes ou que viessem a ser criadas pelos Estados, ou pela iniciativa particular.

Em 1955 foi realizado pela Organização Pan-americana de Saúde o seminário de *Viña del Mar* (Chile), que teve como objetivo avaliar o ensino da medicina preventiva e social e incentivou o movimento preventista no Brasil e a difusão das ciências sociais como base da análise do fenômeno saúde/doença.

Em 1956 a Lei n. 2.743, de 06 de março, criou o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), que absorveu os serviços nacionais de Malária, Peste e Febre Amarela, criando ainda o Instituto Nacional de Endemias Rurais (INERu) para realizar estudos e pesquisas de 13 endemias cujo combate foi atribuído ao DNERu.

Até meados de 1960 a expansão dos sistemas de saneamento básico foi incipiente. A maior parte da população consumia água poluída e as infecções do aparelho digestivo era a maior causa de mortalidade infantil.

Em 1963, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde, instituída por lei já em 1937, com o objetivo de oferecer orientações sobre as políticas de saúde. Essa Conferência definiu como ideologia da saúde, a do desenvolvimento econômico, baseada que

estava na racionalidade do planejamento, na produtividade e na distribuição de riquezas. Estes últimos eram princípios tidos como "fontes de saúde" (ROSSI, 1980). Foi nessa época que se registrou a maior participação do Ministério da Saúde no orçamento global da união, apesar das grandes tendências à sua diminuição.

Após o golpe de Estado de 64 houve o esvaziamento do Ministério da Saúde, com a redução dos recursos destinados à saúde pública e a restrição das ações à elaboração de projetos e programas.

1.5 A SAÚDE PÚBLICA NO REGIME MILITAR (1965 A 1984)

Com o golpe de 64 o poder foi assumido pelas Forças Armadas. A edição do Ato Institucional-1 suspendeu as garantias constitucionais, cassou mandatos e suspendeu direitos políticos. Foram extintas todas as organizações que exigiam reforma de base, como o Comando Geral dos trabalhadores e as Ligas camponesas (ALENCAR *et al*, 1985).

Foi nesse cenário que emergiu o movimento sanitário no interior das universidades. Assim a Universidade passou a ser o espaço onde era possível a contestação às práticas do regime militar (ROCHA, 1988; TEIXEIRA, 1989).

No período militar no âmbito da organização da saúde pública foram desenvolvidas varias ações, entre elas podemos citar:

- a) Promulgação do Decreto-lei 200 (1967) que estabeleceu as competências do Ministério da Saúde.
- b) A formulação e coordenação da política nacional de saúde.
- c) A responsabilidade pelas atividades médicas ambulatoriais e ações preventivas em geral.
- d) O controle de drogas, medicamentos e alimentos.
- e) A pesquisa médica-sanitária.

As ações de assistência à saúde começaram com o surgimento da Previdência Social em 1965, vinculando a assistência médica ao princípio do seguro social, colocando-a no mesmo plano de benefícios como as aposentadorias e pensões por invalidez.

O processo de unificação previsto em 1960 acontece de forma efetiva em 02 de janeiro de 1967 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), subordinado ao Ministério do Trabalho, reunindo os seis Institutos de Aposentadorias e

Pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social.

A saúde pública, relegada ao segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia. A carência de recursos que não chegavam a 2% do PIB colaborava com o quadro de penúria e decadência, com graves conseqüências para a saúde da população.

Os habitantes das regiões metropolitanas, submetidos a uma política concentradora de renda, eram vítimas das péssimas condições de vida que resultavam em altas taxas de mortalidade. Este quadro seria ainda agravado com a repressão política que atingiu também o campo da saúde, com cassações de direitos políticos, exílio, intimidações, inquéritos policial-militares, aposentadoria compulsória de pesquisadores, falta de financiamento e fechamento de centros de pesquisas.

Em 1969 foi implantado o Sistema de Notificação de Doenças (SVE), sendo os dados enviados para o Boletim Epidemiológico da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP).

Em 1970 foi criada a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM) com a atribuição de executar as atividades de erradicação e controle de endemias, substituindo o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU) e a campanha de erradicação da malária. Neste ano também ocorreu à criação do Instituto Nacional de Produção de Medicamentos, resultado da incorporação do Serviço de Produtos Profiláticos do DNER com o Departamento de Soros e Vacinas.

Em 1973 foi firmado o convênio de apoio financeiro ao projeto de cooperação técnica nacional "Pesquisa sobre a Formação e a utilização de Recursos Humanos para a Saúde no País e Treinamento de Pessoal de Saúde Pública para as Unidades da federação", entre a Secretaria de Cooperação Econômica e Técnica Internacional – SUBIN, do Ministério do Planejamento e Coordenação Geral (MINIPLAN) e a Fundação Instituto Oswaldo Cruz e o Instituto Presidente Castello Branco (ENSP).

Em setembro de 1974 é enviado ao Congresso, pelo Presidente Ernesto Geisel, o II Plano Nacional de Desenvolvimento, que na área da saúde definia claramente dois grandes campos institucionais: o Ministério da Saúde, de caráter eminentemente normativo com ação executiva preferencialmente voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo; e o Ministério da Assistência e Previdência Social (MPAS), com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizada, através da Lei 6025

de 25 de junho de 1974. Para controlar o ressarcimento dos serviços médicos o governo criou a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV).

Ao mesmo tempo foi criado, pela Lei nº 6168 de 09.12.74, o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que representou importante estratégia de ação do Estado na área social, ao apoiar financeiramente o desenvolvimento de programas e projetos de interesse do setor público nas áreas de saúde e saneamento, educação, trabalho, previdência e assistência social, além de projetos de caráter social para pessoas físicas junto ao setor privado (BRAGA & PAULA, 1987).

A lei 6.229 de 1975 criou o Sistema Nacional de Saúde e estabeleceu os campos institucionais da saúde coletiva e da saúde das pessoas e a Lei 6259/75 criou o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

Em 1975, o modelo econômico implantado pela ditadura militar entra em crise. A população encontra-se com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, passou a conviver com o desemprego e as suas graves conseqüências sociais, como aumento da marginalidade, das favelas, da mortalidade infantil.

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) é concebido em 1976 na Secretaria de Planejamento da Presidência da República. O PIASS se caracteriza como o primeiro programa de medicina simplificada no âmbito federal permitindo uma grande expansão da rede pública ambulatorial em todo o território nacional. Este sistema tornou-se complexo do ponto de vista administrativo e financeiro dentro da estrutura do Instituto Nacional de Previdência Social, que acabou levando a criação de uma estrutura administrativa própria, o Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Em 1977 mais um movimento burocrático administrativo acontece na tentativa de promover a reordenação do sistema de saúde, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que congregava diversas entidades previdenciárias, como o Instituto de Administração Financeira que gerenciaria o Fundo de Previdência de Assistência Social, o INPS a quem competiria a concessão de benefícios e outras prestações em dinheiro, além de programas assistenciais. O INAMPS, que se responsabilizaria pela prestação de assistência médica individual aos trabalhadores urbanos e rurais, além da Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA) voltada para a prestação de assistência social população carente, da Central de Medicamentos (CEME) e da Fundação Nacional do Bem Estar do Menor (FEBEM), dentre outras.

O Decreto Nº 79056 criou a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária e constituiu Câmaras Técnicas do Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Homeopatia, Comissão Nacional de Normas e Padrões para alimentos e Comissão Nacional de Fiscalização e Entorpecentes.

Durante a Conferência Internacional de Alma Ata, promovida em 1978 pela Organização Mundial de Saúde e a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), a Atenção Primária de Saúde (APS) é definida então como a estratégia principal para a expansão das coberturas dos serviços de saúde a toda a população e a participação comunitária é incorporada como um dos princípios fundamentais.

Em 1979 foi criada a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, durante a I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área de Saúde Coletiva, promovida pelos Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social e Organização Pan-Americana de Saúde;

O 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado em 1979 pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, foi um marco expressivo do Movimento Sanitário. O Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) apresentou e discutiu a primeira proposta de reorientação do sistema de saúde.

Em março de 1980 ocorreu a 7ª Conferência Nacional de Saúde, que debateu a implantação e o desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), a regionalização e organização dos serviços de saúde nas Universidades Federais, além da articulação dos serviços básicos com os serviços especializados no sistema saúde.

No final da década de 70, o modelo econômico implantado pela ditadura militar entra em crise. A população com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, passou a conviver com o desemprego e as suas graves conseqüências sociais, como aumento da marginalidade, das favelas, da mortalidade infantil. O modelo de saúde previdenciário começa a mostrar as suas mazelas:

- 1) Por ter priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias e os indicadores de saúde
- 2) Aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente;

- 3) Diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário reduzindo as suas receitas;
- 4) Incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de marginalizados que, sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se viam excluídos do sistema;
- 5) Desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal;
- 6) O não repasse pela União de recursos do tesouro nacional para o sistema previdenciário visto ser esse tripartite (empregador, empregado e União).

No início dos anos 80 com a crise financeira no setor da saúde, que refletia na seguridade social e no modelo privatizante, a proposta do movimento sanitário apresentava-se como reação às políticas de saúde implantadas, além de surgir como uma alternativa concreta para a reformulação do sistema nesse campo. O movimento sanitário difundia um novo paradigma científico com a introdução das disciplinas sociais na análise do processo saúde-doença. Através delas, o método histórico-estrutural passou a ser utilizado no campo da saúde, buscando compreender processos como a "determinação social da doença" e a "organização social da prática médica" (TEIXEIRA, 1989).

1.6 A SAÚDE PÚBLICA NA NOVA REPÚBLICA

A Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata (localizada no atual Cazaquistão) em 1978, foi o ponto culminante na discussão contra a elitização da prática médica, bem como contra a inacessibilidade dos serviços médicos às grandes massas populacionais. Na Conferência, reafirmou-se ser a saúde um dos direitos fundamentais do homem, sob a responsabilidade política dos governos, e reconheceu-se a sua determinação intersetorial (CONASS, 2007).

As novas formulações em torno da prática médica caracterizaram-se pela revisão crítica da teoria preventivista, até então hegemônica na análise dos problemas da saúde. Delimitou-se teoricamente o campo da saúde coletiva e, nessa perspectiva, o estudo do

processo saúde-doença teria como foco não mais o indivíduo ou o seu somatório, mas a coletividade (as classes sociais e suas frações) e a distribuição demográfica da saúde e da doença (ESCOREL, 1998).

No início dos anos 80 com a crise financeira no setor saúde, que se expressava na seguridade social e no modelo privatista, a proposta do movimento sanitário apresentava-se como forte reação às políticas de saúde implantadas, além de emergir como uma alternativa concreta para a reformulação no sistema de saúde.

Nesse contexto, sindicatos das diversas categorias profissionais da saúde, principalmente médicos, acadêmicos e cientistas, debatiam em seminários e congressos as epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida do povo. Um movimento pela transformação do setor saúde fundiu-se com outros movimentos sociais, mais ou menos vigorosos, que tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais percebidos como dimensões imanentes à democracia (ESCOREL *et al*, 2005).

O movimento sanitário difundia um novo paradigma científico com a introdução das disciplinas sociais na análise do processo saúde-doença. Através delas, o método histórico-estrutural passou a ser utilizado no campo da saúde, buscando compreender processos como a determinação social da doença e a organização social da prática médica (TEIXEIRA, 1989).

Com a morte de Tancredo Neves em 1984, assumiu a presidência o seu vice, José Sarney. Já nos primeiros meses de governo tomou várias medidas para restaurar a ordem democrática que possibilitariam a aprovação de uma nova Constituição em 1988.

A nomeação de representante do movimento sanitário para importantes cargos no Ministério da Saúde possibilitou fortalecer as Ações Integradas de Saúde como estratégia tornando-se a política do INAMPS.

Na década de 1980, sanitaristas históricos passaram a ocupar posições-chave na estrutura organizacional dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social. (CORDEIRO, 1991). Entretanto a proposta de unificação do sistema de saúde, embora aparentemente consensual, enfrentou resistências e divergências até no próprio movimento sanitário.

A VIII Conferência Nacional de Saúde convocada em 1986, pela primeira vez, incluiu a participação de usuários do sistema de saúde. Seu relatório final continha a aprovação da unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de

cidadania e dever do Estado e a elaboração de novas bases financeira do sistema e a criação de instâncias institucionais de participação social.

A questão fundamental para os participantes da Conferência foi a da natureza do novo sistema de saúde: se estatal ou não, de implantação imediata ou progressiva. Inicialmente foi recusada a idéia da estatização e manteve-se a proposta do fortalecimento e da expansão do setor público. Seu documento final define o conceito de saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. Este documento serviu de base para as discussões na Assembléia Nacional Constituinte (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Decorrente das discussões da VIII Conferência de Saúde e outras que as seguiram, em julho de 1987 foram aprovadas a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), o qual foi uma estratégia transitória para a chegada ao Sistema Único de Saúde. O SUDS estabelecia a transferência dos serviços de saúde para os Estados e Municípios; o estabelecimento de um gestor único de saúde em cada esfera de governo. Paralelamente, foram constituídas a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, de composição paritária entre governo e sociedade civil, encarregada de elaborar a proposta constitucional para o capítulo de saúde, e a Plenária Nacional de Saúde, constituída por entidades representativas dos movimentos popular, sindical, dos profissionais de saúde, dos partidos políticos e da academia, a qual atuou intensamente no processo constituinte.

Um relatório do Banco Mundial em 1987 apontava quatro políticas básicas visando à reforma dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento. As sugestões de reforma na área da saúde compreendiam: a cobrança aos usuários dos serviços oferecidos pelo governo; o estímulo à utilização de planos privados de cobertura de riscos (a seguridade social ficaria exclusivamente para os pobres e os planos privados de pré-pagamento para os demais); a utilização mais eficiente de recursos governamentais (fim da corrupção, do desperdício, da má gestão dos recursos) e a descentralização dos serviços (AKIN, BIRDSALL E DE FERRANTI *apud* POSSAS, 1995)

A década de 1990 foi marcada pelo debate em torno da reforma do Estado no Brasil, tendo como pano de fundo a globalização da economia e o aprofundamento da crise fiscal. Especificamente no setor da saúde pública, um fator relevante para a agenda de reformas foi o legado institucional deixado pela Constituição Federal de 1988, que determinou a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1999, foi criado o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), que estabelece o pagamento por parte do governo federal de procedimentos de alta complexidade e ações consideradas como estratégicas. Dessa forma os procedimentos de custo mais alto deixam de concorrer com os demais, o que facilita organizar a oferta de ambos.

Contornados os problemas emergentes de financiamento, foi possível a recuperação dos investimentos. Isso se deu por meio de recursos próprios do Ministério da Saúde e de empréstimos externos do Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento e do Eximbank. Com custos médios de 2001, o valor investido pelo Ministério da Saúde, isto é, o referente a despesas de capital, chegou a 8,1 bilhões em reais médios de 2001, entre 1995 e 2001. Desse total, 65% foram para a recuperação da rede pública, para as construções e para equipamentos.

O complemento foi empregado em saneamento básico, notadamente em pequenos municípios, pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Após do declínio em 1996, o índice de investimento cresce, particularmente, a partir de 1998. No caso do saneamento, a concentração dos investimentos é grande em 2001, correspondendo a 48% do total, em razão da contribuição de recursos do Fundo de Combate à Pobreza.

A criação de órgãos para executar ações de vigilância sanitária e de saúde permitiu a melhoria da atuação do governo nessas áreas o aumento da intervenção do Estado. As novas unidades, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foram concebido em 1998.

A ANVISA ficou responsável por grande elenco de atividades na área de vigilância sanitária ligadas à produção e ao comércio de produtos e serviços. Os recursos para a vigilância sanitária em 2001, em virtude da possibilidade de arrecadação própria, foi o dobro da execução do orçamento em 1998, quando estava vinculada à estrutura administrativa do Ministério da Saúde.

Procurando gerar condições para a ampliação do acesso aos fármacos, foram feitas modificações na forma de execução dos programas de assistência farmacêutica a cargo do Ministério da Saúde. A extinção da CEME, em 1997, e a transferência de suas atribuições para a estrutura do Ministério da Saúde foi um marco no processo de reformulação que se deu no sentido de introduzir acentuada descentralização e pela revisão de práticas de programa e aquisição, levando clareza e mais eficiência a todos os procedimentos.

2.0 MODELOS DE SISTEMAS DE SAÚDE

Até a promulgação da Constituição Federal em 1988, historicamente o Brasil teve um sistema de saúde baseado no modelo bismarckiano, excludente e hospitalocêntrico. A VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 levou a muitas conquistas pelo movimento sanitário no âmbito do direito à saúde, que culminou com a proposta de um sistema público de saúde que garantisse a universalidade do acesso, sem discriminação social e de forma integral aos diversos serviços de saúde, bem como a participação popular.

Os sistemas de saúde são reflexos das condições econômicas e sociais de um país, bem como da ideologia e dos valores sociais prevalentes em uma determinada sociedade. Tem como objetivos, conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde, proporcionar um bom nível de saúde às pessoas, distribuir de forma equitativa o nível de saúde, proteger as pessoas dos riscos de adoecer, satisfazer as necessidades de saúde individuais e contribuir para outros objetivos sociais (WHO, 2002)

Independente da forma de organização social e econômica, a maioria dos países tem objetivos comuns com relação ao sistema de saúde. São eles: a garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; o acolhimento dos cidadãos; a efetividade e a eficiência dos serviços de saúde (MENDES, 2001).

Segundo Andrade & Barreto, 2002 “a saúde de cada indivíduo e de cada comunidade depende das ações humanas, das interações sociais, das políticas públicas e sociais implementadas, dos modelos de atenção à saúde, das intervenções sobre o meio ambiente e de vários outros fatores”

De acordo com Freeman & Moran (2000), as atuais transformações nos sistemas nacionais de saúde foram guiadas pelos fortes elos entre as três dimensões da política de saúde: a saúde como proteção social (*welfare dimension*), como poder político e como mercado econômico (*industrial dimension*).

De acordo a compreensão de Roemer, os Sistemas de Saúde são compreendidos como uma combinação de recursos, organização, financiamento e gerência que visam oferecer serviços de saúde para uma população. Dessa forma, os Sistemas de Saúde são sistemas sociais que se propõem e se organizam com o intuito de prestar assistência à saúde de uma população definida. (ROEMER, 1993)

A estruturação dos sistemas de serviços de saúde é bastante complexa e compõem de distintos elementos, variáveis segundo as características de cada país, que se inter-relacionam para dar alguma resposta aos problemas de saúde de determinada população. Entretanto, essas relações não são harmônicas, mas sim dialéticas, fazendo com que os sistemas de serviços de saúde funcionem de forma conflitiva e segundo trajetórias bastante próprias. Em geral, busca a execução de um conjunto de objetivos compartilhados, o que lhes imprime uma direcionalidade intencionada (MENDES, 2001; 2002).

Os sistemas de atenção à saúde podem apresentar-se, na prática social, por meio de diferentes formas organizacionais. A tipologia mais encontrada é de sistemas fragmentados e redes de atenção à saúde na experiência internacional contemporânea (MENDES, 2002)

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicáveis uns com os outro, e conseqüentemente são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica com a atenção secundária, a qual também não se comunica com a atenção terciária à saúde.

Essa concepção de sistema hierarquizado é o que vigora no sistema de saúde brasileiro que se organiza segundo suas normativas em atenção básica, atenção de média e de alta complexidade. Tal visão leva a uma banalização da atenção primária à saúde e uma supervalorização das práticas que exigem maior densidade tecnológica e que são exercitadas nos níveis secundário e terciários de atenção à saúde.

Já os sistemas integrados de atenção à saúde, ou melhor, as redes de atenção à saúde, são aquelas organizadas através de uma rede integrada poliárquica de pontos de

atenção à saúde que presta uma ação contínua e integral a uma população definida, com comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. (MENDES, 2002)

Nas redes de atenção à saúde não há hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a formatação de uma rede horizontal com pontos de atenção à saúde com distintas densidades tecnológicas, sem ordem e sem grau de importância entre eles, os quais são todos importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde.

Em geral os sistemas fragmentados focam-se na atenção as condições agudas, enquanto os sistemas integrados concentram-se para as condições crônicas, mas atendendo ao mesmo tempo as condições agudas. Outras diferenças entre os dois tipos de sistema podem ser analisados no Quadro 1.

Quadro 1. As características diferenciais dos sistemas fragmentados e das redes de atenção à saúde

CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Forma de organização	Hierarquia	Poliárquica
Coordenação da Atenção	Inexistente	Feita pela Atenção Primária
Comunicação entre os componentes	Inexistente	Feita por sistemas logísticos eficazes
Foco	Nas condições agudas por meio de unidades de pronto atendimento	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde
Objetivos	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos	Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos
População	Voltado para indivíduos isolados	População adscrita dividida por subpopulações de risco e sob responsabilidade da rede
Sujeito	Paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde	Agente co-responsável pela própria saúde
A forma da ação do sistema	Reativa, acionada pela demanda dos pacientes	Proativa baseada em planos de cuidados de cada usuário realizado conjuntamente pelos profissionais e pelos usuários.
Ênfase das intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre doenças ou condições estabelecidas	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras ou reabilitadoras sobre determinantes sociais da saúde, sobre fatores de risco e sobre as doenças ou condições estabelecidas
Modelo de atenção	Fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltado para as doenças ou condições estabelecidas	Integrado, com estratificação dos riscos e voltados para os determinantes sociais da saúde, os fatores de risco e as doenças ou condições estabelecidas
Planejamento	Planejamento da oferta, definido pelos interesses dos prestadores e baseados em séries históricas	Planejamento da demanda definido pelas necessidades de saúde da população adscrita

Ênfase do cuidado	Nos profissionais de saúde, especialmente nos médicos	Na relação entre equipes multiprofissionais e os usuários e suas famílias e com ênfase no autocuidado
Conhecimento e ação clínicas	Concentrada nos profissionais, especialmente médicos	Partilhado por equipes multiprofissionais e usuários
Organização territorial	Territórios políticos-administrativos definidos por lógica política	Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção
Sistema de financiamento	Financiamento por procedimentos em pontos de atenção à saúde isolados	Financiamento por valor global ou por captação da rede
Participação social	Participação social passiva e a comunidade vista como cuidadora	Participação social ativa por meio de conselhos de saúde com presença na governança da rede

Fonte: Mendes, 2000

Quanto ao financiamento; a regulação e a prestação há a existência de três principais sistemas de serviços de saúde (MENDES, 2002):

1) Sistema de Dominância do Mercado:

Neste tipo de sistema o Estado transfere a responsabilidade da prestação dos serviços de saúde ao mercado, tendo como regulação a lei da oferta e demanda. Tem como principal característica o financiamento privado e de seguradoras.

O exemplo clássico desse modelo é o sistema de saúde norte americano. Os Estados Unidos têm um elevado gasto total em saúde, cerca de 14% do seu PIB quando comparado com as demais nações desenvolvidas que gastam entre 7 a 9%. Desse montante, quase metade, 44%, é gasto público, e contraditoriamente 40 milhões de americanos não têm qualquer tipo de assistência assegurada à saúde (BISPO, 2005).

2) Sistema de Seguros Sociais Obrigatórios:

As principais características desse modelo são: a cobertura de seguro obrigatório; o financiamento proveniente de contribuição de trabalhadores e empregadores; a garantia de asseguramento aos desempregados por parte do Estado. A combinação de duas formas de financiamento, dos empregadores formais e financiamento público para os desempregados proporcionam um elevado nível de assistência à saúde para a população. O modelo de seguros sociais obrigatórios é adotado na Alemanha, França e Áustria.

3) Sistema de Dominância Estatal:

O principal financiador do Sistema de Dominância Estatal é o Estado. Trata-se de um sistema universal, onde a saúde é um direito de cidadania. Nesse modelo o Estado promove as principais macro funções do sistema: financiamento, organização, regulação e prestação dos serviços aos cidadãos.

O sistema de serviços de saúde de dominância estatal surgiu na década de 50 no Reino Unido e é hoje adotado por vários países da união européia como Itália, Espanha e Suécia. Sua criação se deu sobre influência do Plano Beveridge, que propugnava um sistema nacional de saúde alicerçado nos princípios da universalidade e equidade social e geográfica, gestão democrática e planejamento das ações de saúde.

Modelos assistenciais ou modelos de atenção foram definidos como combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços e populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade (PAIM, 2002).

Os modelos assistenciais podem estar voltados para a "demanda espontânea" (modelo médico hegemônico) ou para necessidades de saúde (campanhas e programas especiais de saúde pública).

O modelo médico-assistencial privatista foi durante muito tempo o mais predominante no Brasil. Já o modelo "sanitarista" corresponde à saúde pública institucionalizada no Brasil durante o século XX, concentrando sua atenção em segmentos da população ou em programas especiais.

O sistema brasileiro é composto por um sistema público, o SUS, que se aproxima do sistema de dominância estatal, um sistema de seguros obrigatórios e planos de saúde e, um sistema de compra direta de serviços, que se aproxima do sistema de livre mercado. Apesar do SUS apresentar-se em sua definição como um sistema único, no Brasil, o sistema de saúde organiza-se de forma segmentada, sendo composto por três sistemas: O Sistema Único de Saúde SUS; O Sistema de Atenção Médica Supletiva (SAMS); e o Sistema de Desembolso Direto (SDD). Sendo o SUS um sistema público e os outros dois sistemas privados de assistência a saúde (MENDES, 2001)

2.1. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO:

Durante a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, foram identificados os principais problemas no âmbito da prestação da atenção à saúde. Entre eles a desigualdade no

acesso aos serviços de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações (CNS, 1987).

A partir desse diagnóstico diversas iniciativas foram ensaiadas em universidades e algumas instituições de saúde no sentido de superar tais problemas e construir modelos de atenção mais coerentes com a doutrina da Reforma Sanitária Brasileira.

O SUS é definido como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, conforme dispõe o artigo 4º, caput, da Lei nº 8.080/90.

São objetivos do Sistema Único de Saúde - SUS:

I - A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - A formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômicos e sociais.

III - A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

O SUS está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da saúde, a previdência e a assistência social.

O sistema único de saúde brasileiro assemelha-se aos sistemas de dominância estatal, com forte presença do estado nas três macro-funções. Seu financiamento é provido pelo Estado, sendo a captação dos recursos obtidos através de contribuições dos cidadãos, com valores definidos pelo próprio estado. As atividades de financiamento são majoritariamente centralizadas e sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e as atividades de prestação são descentralizadas aos níveis locais através do processo de municipalização.

A partir de 1994, entretanto, o Ministério da Saúde capitaneou um processo de reorganização da atenção básica/atenção primária à saúde por meio do programa, depois estratégia, em seguida política de Saúde da Família, que articula elementos das propostas

originalmente conhecidas como Sistemas Locais de Saúde/Distrito Sanitário, Programação em Saúde e Promoção à Saúde.

Conforme pesquisa feita pelo CONASS em 2002: 28,6% dos brasileiros são usuários exclusivos do SUS, 61,5% são usuários não exclusivos e, apenas, 8,7% são não usuários. Isso significa que 61,5% dos brasileiros utilizam-se, também, dos sistemas privados e que 8,7% são usuários exclusivos dos sistemas privados. Esses grupos de usuários variam por regiões geográficas, portes dos municípios e localização urbana ou rural (CONASS, 2003).

O SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. A rede de serviços do SUS possui 63.662 unidades ambulatoriais e 5.864 hospitais, com 441.591 leitos, responsáveis por cerca de 12 milhões de internações por ano (SIA/SIH/SUS, 2005)

Em 2005, o SUS realizou mais de 1,1 bilhão de procedimentos de Atenção Básica e pela primeira vez superou a marca de 1 bilhão de procedimentos ambulatoriais especializados. São 2,3 milhões de partos por ano, mais de 100 mil procedimentos de hemodinâmica, mais de 14 mil transplantes de órgãos e 97% da oferta de terapia renal (SIA/SIH/SUS, 2005)

Por várias razões, especialmente pelas dificuldades de se criarem as bases materiais para a garantia do direito constitucional da universalização, o SUS vem se consolidando como parte de um sistema segmentado que incorporam dois outros subsistemas relevantes, o Sistema de Saúde Suplementar e o Sistema de Desembolso Direto.

O Sistema de Saúde Suplementar é um sistema privado de assistência à saúde, executado por operadoras privadas, sob a regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O Sistema de Saúde Suplementar cobre uma população de 42,5 milhões de brasileiros, 35,8 milhões com cobertura de planos médicos e odontológicos e 6,7 milhões como usuários exclusivos de planos odontológicos (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2006).

A segmentação do sistema de saúde brasileiro admite um segundo sistema privado, o Sistema de Desembolso Direto, representado por serviços de saúde adquiridos em prestadores privados por meio de gastos diretos dos bolsos das pessoas ou das famílias. Esse é um sistema pouco considerado nas análises das políticas de saúde no país, mas é o mais relevante, relativamente, do ponto de vista dos gastos sanitários no Brasil.

O Sistema de Desembolso Direto atinge a maior parte da população brasileira, especialmente os 61,5% dos usuários não exclusivos do SUS e que representam, hoje, cerca de 115 milhões de habitantes (CONASS, 2003).

2.2 PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS E ORGANIZATIVOS DO SUS:

De acordo com a Constituição Federal, o SUS obedece aos princípios constitucionais e da universalidade, equidade e integralidade e aos princípios organizativos da descentralização e participação popular.

Como universalidade compreende-se a cobertura, o atendimento e o acesso ao Sistema Único de Saúde, a expressar que o Estado tem o dever de prestar atendimento nos grandes centros urbanos, nos pequenos e também para as populações isoladas, os ribeirinhos, os indígenas, as minorias, os prisioneiros, os excluídos sociais.

Equidade é o respeito à igualdade de direito de cada um, que independe da lei positiva, mas de um sentimento do que se considera justo, tendo em vista as causas e as intenções. A equidade atenta às diferenças e desigualdades existentes com relação às necessidades e o acesso dos grupos populacionais aos serviços de saúde (BRASIL, 1990) quando se afirma:

[...] todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades
[...] os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes [...]. O SUS deve tratar desigualmente os desiguais.

A literatura internacional vem adotando como ponto de partida para novas definições do conceito de equidade em saúde aquele desenvolvido por WHITEHEAD (1992), segundo o qual equidade implica que idealmente todos deveriam ter a justa oportunidade de obter seu pleno potencial de saúde e ninguém deveria ficar em desvantagem de alcançar o seu potencial, se isso puder ser evitado.

Em recente trabalho, o Center for Health Equity, Training, Research and Evaluation - CHETRE, apresenta uma boa síntese conceitual desenvolvida a partir da definição de WHITEHEAD (1992). Segundo o CHETRE, o conceito de equidade sugere que

peessoas diferentes deveriam ter acesso a recursos de saúde suficientes para suas necessidades de saúde e que o nível de saúde observado entre pessoas diferentes não deve ser influenciado por fatores além do seu controle. Como consequência, a iniquidade ocorre quando diferentes grupos, definidos por suas características sociais e demográficas como, por exemplo, renda, educação, ou etnia, têm acesso diferenciado a serviços de saúde ou diferenças nas condições de saúde (*health status*). Essas diferenças são consideradas iníquas se elas ocorrem porque as pessoas têm escolhas limitadas, acesso a mais ou menos recursos para saúde ou exposição a fatores que afetam a saúde, resultantes de diferenças que expressam desigualdades injustas (CHETRE, 2000).

O princípio da integralidade significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação.

A integralidade orienta no sentido da articulação e da interdisciplinaridade com outras políticas públicas garantindo a saúde no seu mais amplo conceito de acordo com a Organização Mundial de Saúde, onde “saúde é o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade” (WHO, 2002).

A Constituição Federal em seu artigo 198 dispõe:

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

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo (...)”

Descentralização significa “a transferência de atribuições em maior ou menor número dos órgãos centrais para os órgãos locais ou para pessoas físicas ou jurídicas (JUNIOR, 1993)

Após a Constituição de 1988, foram diversas as iniciativas institucionais e legais voltadas para criar as condições de viabilização plena do direito à saúde, destacando-se, no âmbito jurídico institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde – nº. 8.080/96 e nº 8.142/97– e as Normas Operacionais Básicas (NOB). As leis orgânicas regulamentaram o SUS, agregando todos os serviços estatais (federal, estadual e municipal) e os serviços privados contratados/conveniados.

As normas operacionais básicas têm sido instrumentos de regulamentação que, progressivamente, têm aprofundado o processo de descentralização da gestão do sistema de saúde e definido as relações entre as três esferas de governo. A NOAS 1/2001 dispõe que o

Plano Diretor de Regionalização, no que diz respeito à assistência à saúde, deverá ser elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde na perspectiva de garantir "*o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços*".

A NOB/SUS 01/93 criou três alternativas de gestão para as instâncias subnacionais, expressando graus crescentes de descentralização: incipiente e parcial, na qual continuavam apenas como prestadores de serviços ao SUS; e a gestão semiplena, na qual, pela primeira vez, alguns municípios passaram efetivamente a assumir a gestão do sistema de saúde. Esta NOB estabeleceu o funcionamento de instâncias colegiadas de gestão do SUS: as Comissões Intergestores Tripartite (CIT – nacional) e Bipartites (CIB – estaduais).

A Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, extinguiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), transferiu para estados e municípios atribuições, pessoal, equipamentos e imóveis, criou o Sistema Nacional de Auditoria e estabeleceu que os recursos de custeio dos serviços fossem repassados de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde.

O Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994 autorizou o repasse financeiro direto do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, viabilizando o mecanismo necessário para operacionalizar a gestão semiplena.

A NOB/SUS - 01/96, redefiniu responsabilidades e prerrogativas de municípios, estados e União, impulsionando nova onda descentralizadora, ainda mais forte que a possibilitada pela NOB anterior, com dois níveis de gestão possíveis para os municípios (gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal de saúde). A NOB/SUS – 01/96 teve como um dos avanços indiscutíveis a criação do Piso Assistencial Básico (PAB), encerrando o repasse por produção de serviços de atenção básica para municípios habilitados, passando a fazê-lo por critérios populacionais e criando incentivos para implantação e funcionamento de ações prioritárias.

O processo de descentralização do sistema único de saúde transferiu responsabilidades, prerrogativas e recursos para os governos municipais, ocorrendo ampla descentralização dos recursos e das responsabilidades de gestão sobre os serviços.

O processo de descentralização orientado pela NOB 01/96 pode ser considerado como bem-sucedido em vários aspectos, mas revela também algumas fragilidades. Foram percebidas dificuldades no estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência, na integração e hierarquia de serviços, na fixação de padrões semelhantes de oferta e qualidade, enfim, no tratamento das questões intermunicipais.

Buscando enfrentar esses obstáculos, foi elaborada a NOAS 01/01, para a ampliação das responsabilidades dos municípios quanto à atenção básica e à definição do processo de regionalismo da assistência. A implantação da NOAS, apesar de suas limitações, fragilidades e inadequações metodológicas frente aos desafios da gestão descentralizada do sistema de saúde, trouxe pontos positivos entre eles destacam-se: o fortalecimento das ações de regulação, controle e avaliação da regionalização na pauta prioritária dos gestores do SUS nas três esferas de governo e a ampliação do emprego da Programação Pactuada Integrada (PPI).

A Portaria Ministerial nº 2.023, de 23 de setembro de 2004, estabeleceu que todos os municípios e o Distrito Federal são responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica. Passa então a vigorar como única modalidade de habilitação a Gestão Plena de Sistema Municipal. Em seu anexo, a referida portaria estabeleceu o conjunto de responsabilidades dos municípios e do distrito federal na gestão e execução da atenção básica à saúde.

Outras iniciativas contribuíram para o fortalecimento da gestão descentralizada do SUS destacando-se: o Projeto de Apoio à Expansão da Estratégia de Saúde da Família (PROESF) para municípios com mais de 100 mil habitantes; o Projeto de Qualificação da Saúde da Família; a acelerada implantação de Centros de Atenção Psico-Social (CAPS); a implementação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde; a descentralização do processamento das autorizações de internações hospitalares (AIH); e o projeto de capacitação das equipes estaduais e municipais em regulação, controle, avaliação e auditoria.

Mudanças significativas foram aprovadas com a criação do Pacto de Gestão, através da Portaria /GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, destacando-se o fim do processo cartorial de habilitação e sua substituição pela formalização de Termos de Compromisso de Gestão que definem a responsabilidade sanitária e os compromissos de cada esfera de governo. O Pacto de gestão estabelece diretrizes para a gestão do sistema de saúde no que diz respeito à descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada (PPI), regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde.

Ao refletir o grau de mobilização, organização e da consciência dos direitos alcançados pela sociedade nos anos 1980, a Constituição Federal consagrou a participação da

comunidade, ao lado da descentralização e da integralidade, como diretriz da rede regionalizada e hierarquizada que constitui o SUS.

Ao regulamentar os dispositivos Constitucionais sobre o SUS, a Lei n. 8.080/90, no seu Art. 7º refere a participação da comunidade entre os princípios do SUS obrigados em lei, e a Lei n. 8.142/90, cria as Conferências de Saúde a serem realizadas a cada quatro anos, de caráter propositivo, de diretrizes para a formulação de políticas de saúde na esfera de governo correspondente, e os Conselhos de Saúde, de caráter deliberativo, com as atribuições de atuar: na formulação de estratégias, e no controle da execução da política de saúde, também em cada esfera de governo. Dispõe também, que metade dos delegados nas conferências e dos conselheiros nos conselhos deve provir das entidades que representam os usuários, e a outra metade, das que representam os profissionais de saúde, os prestadores de serviços e o governo

2.3 ARCABOUÇO JURÍDICO DO SUS

O direito à saúde é um direito humano fundamental garantido assim entre os direitos sociais na Constituição de 1988, devendo ser assegurado pelo Estado. A proteção constitucional do direito à saúde se inicia no artigo 1º da Carta de 1988, que elegeu a dignidade da pessoa humana como fundamento da República Federativa do Brasil. O artigo 3º complementa como objetivo da República a promoção do bem de todos. Por sua vez o artigo 5º assegura a inviolabilidade do direito à vida.

O direito à saúde é expressamente garantido dentre os direitos sociais no artigo 6º da Constituição Federal. No artigo 7º há dois incisos tratando da saúde: o IV, que determina que o salário-mínimo deva ser capaz de atender as necessidades vitais básicas do trabalhador e sua família, inclusive a saúde, entre outras, e o artigo XXII, que impõe a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança.

Por força da Emenda Constitucional 29, de 13/9/2000, foi acrescentada a alínea “e” ao inc. VII do art. 34, possibilitando a intervenção da União nos Estados e no Distrito Federal no caso de não ser aplicado o mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde. A mesma Emenda Constitucional,

modificando o inc. III do art. 35 previu a possibilidade de intervenção dos Estados nos Municípios, na hipótese de não ser aplicado o mínimo exigido da receita municipal na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde.

Ainda, por força da EC 29/00, a vinculação de receitas de impostos não se aplica à destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde (art. 167, inc. IV).

De acordo com o artigo 196 da CF a saúde passou a ser considerada como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O art. 197 da CF reconheceu que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por intermédio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Ressalve-se que o art. 129, inc. II, atribui ao Ministério Público a função de zelar pelo efetivo respeito aos serviços de relevância pública executada com vistas a atender aos direitos garantidos na Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia, o que denota a preocupação do constituinte em dar efetividade ao direito à saúde, já que o considerou expressamente como um serviço de relevância pública.

O art. 198 formulou a estrutura geral do sistema único de saúde, considerando-o uma rede regionalizada e hierarquizada, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: a) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; b) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; c) participação da comunidade. Esse sistema será financiado com recursos da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (§1º), ficando previstos recursos mínimos a serem aplicados, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde (§§ 2º e 3º).

Pelo art. 199, foi facultada à iniciativa privada a assistência à saúde, podendo as instituições privadas participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (§1º), vedando a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos (§2º), bem como a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei (§3º).

O artigo 200 enumera, não exaustivamente, as atribuições do sistema único de saúde:

a) controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

b) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

c) ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

d) participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

e) incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

f) fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

g) participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

h) colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

O art. 208, inc. VII inclui a assistência à saúde entre os programas destinados a suplementar a educação no ensino fundamental.

O art. 220, §3º, inc. II, prevê a possibilidade de, por meio de lei federal, ser restringida a propaganda de produtos, práticas e serviços que possam ser nocivos à saúde e ao meio ambiente.

O art. 227 determina que seja dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, entre outros, o direito à saúde. O §1º desse artigo prevê a participação de entidades não-governamentais na promoção de programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, determinando ainda a aplicação de percentual dos recursos públicos destinados à saúde na assistência materno-infantil.

Como se observa, muitas são as normas constitucionais que tratam, diretamente da saúde, o que demonstra a preocupação do poder constituinte em dar plena efetividade às ações e programas nessa área. Para cumprir esse dever que a Constituição lhe impõe, o Estado instituiu entidades públicas, pertencentes à Administração direta e indireta, bem como criou mecanismos de cooperação entre elas e entre entidades do setor privado, de modo que a

execução das políticas públicas de saúde se efetive de modo universal e igualitário, observando as peculiaridades regionais e sociais da população.

3.0 A DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS

A descentralização dos serviços de saúde implementada no Brasil, a partir da década de 1990, representou importante avanço no sentido da construção do sistema de saúde brasileiro, sendo o eixo norteador para a operacionalização dos princípios organizativos e diretivos do Sistema Único de Saúde.

No entanto, deve-se considerar que esse processo foi impulsionado e conduzido pelo Ministério da Saúde por meio da edição de sucessivos mecanismos jurídicos que compunham a Lei Orgânica da Saúde e seus instrumentos normativos, as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB) e Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS), editados a partir de 1991.

A rigidez normativa e o detalhamento excessivo desses instrumentos representaram limitações à operacionalização da descentralização, visto que não se considerava a realidade loco - regional e as diferentes capacidades de gestão dos municípios brasileiros, produzindo experiências brasileiras diferenciadas na implantação do sistema de saúde com potenciais resolutivos diferenciados, atomizados e desarticulados.

Os processos de descentralização podem ser classificados como desconcentração, devolução e delegação. A desconcentração sugere a transmissão de certas responsabilidades e funções, sem a transferência correspondente de poder decisório. A delegação é a transferência de responsabilidades gerenciais para organismos não-governamentais. Por sua vez, a devolução implica na transferência de poder decisório para as esferas subnacionais, fortalecendo-as (MENDES, 2001).

BOBBIO *et al* (1993) concebem a descentralização a partir da centralização, num universo onde ambas não podem existir em forma pura, mas sempre entrelaçadas e em relação dinâmica. Para o referido autor, tem-se:

"a centralização quando a quantidade de poderes das entidades locais e dos órgãos periféricos é reduzida ao mínimo indispensável, ao fim de que possam ser considerados como entidades subjetivas da administração. (Tem-se)...ao contrário, descentralização quando os órgãos centrais do Estado possuem o mínimo de poder indispensável para desenvolver as próprias atividades" (BOBBIO,1993).

Para esses autores o poder emerge como elemento chave para a caracterização da descentralização, entendendo-se "poder" no seu sentido mais amplo, englobando as dimensões políticas, administrativa, financeira e fiscal.

No que se refere ao Brasil a classificação que melhor se aplica ao Sistema Único de Saúde (SUS) seria a de descentralização como devolução. Descentralização, nessa perspectiva, implica na ampliação da autonomia das esferas estaduais e municipais, que requisitarão qualificação para a realização de um conjunto de funções públicas.

O Sistema Único de Saúde vem passando, desde a sua instituição pela Lei Orgânica da Saúde em 1990, por importantes mudanças, principalmente em razão do processo de descentralização das responsabilidades, das atribuições e dos recursos para estados e municípios. A nova concepção do sistema de saúde, descentralizado e administrado democraticamente, com a participação da sociedade organizada, propõe mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade, e entre as distintas esferas de governo nacional, estadual e municipal, cabendo aos gestores papel fundamental na concretização dos princípios e das diretrizes da reforma sanitária brasileira.

O processo de descentralização em saúde no Brasil envolve não apenas a transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e a municipal (LECOVITZ *et al*, 2001).

Na experiência internacional, a descentralização dos sistemas de saúde foi impulsionada, como no caso brasileiro, por um desencanto com sistemas descentralizados que se caracterizavam por controles burocráticos, ineficiências, apropriação burocrática e baixa capacidade de resposta às demandas da população.

No entanto, avaliações mais rigorosas dos processos de descentralização na saúde mostram que, em geral, esses processos não têm sido capazes de concretizar os objetivos de equidade no acesso, aumento da eficiência, melhoria da qualidade dos serviços e

financiamento sustentado, até porque esses objetivos finalísticos dos sistemas de saúde apresentam nítidos *trade-offs* entre si (WHO, 2000).

As políticas orientadas para a descentralização na área da saúde no Brasil compreenderam três fases distintas.

A primeira iniciativa no sentido da descentralização da saúde pública aconteceu no final do regime militar, na década de 80, num contexto marcado pela recessão da economia. A implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), pelo Ministério da Previdência e Assistência Social em 1983, buscou aumentar a eficiência nas ações de saúde e a contenção dos custos da assistência médica sob a responsabilidade da previdência oficial. Para esse fim, criaram-se instâncias colegiadas que privilegiavam Estados e Municípios na programação e execução do orçamento da saúde. O governo procurou também legitimar as AIS, permitindo que delas participassem entidades representativas da sociedade civil (GIOVANELLA & FLEURY, 1996; LEWIS & MEDICI, 1998).

O passo seguinte para a descentralização aconteceu já na Nova República. Durante o período de funcionamento do Congresso Constituinte, o Ministro da Previdência e Assistência Social, Raphael de Almeida Magalhães, criou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). O SUDS iria transferir recursos aos Estados e Municípios que se propusessem a criar conselhos municipais ou estaduais de saúde e elaborassem planos municipais nessa área (MELO, 1993).

A terceira fase das políticas orientadas para a descentralização foi definida nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, que estabeleceram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS apresenta três inovações relevantes na política de saúde (MEDICI, 1995):

- 1) A definição de um comando único para o sistema de saúde em cada esfera de governo;
- 2) A descentralização como princípio organizador básico, cabendo aos estados e municípios a primazia da prestação dos serviços de saúde, e
- 3) A co-responsabilidade do financiamento dos recursos entre União, estados e municípios.

3.1 AS NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS

As normas operacionais básicas são instrumentos de regulamentação do processo de descentralização da gestão do sistema de saúde, definindo a relação entre as três esferas de governo. A responsabilidade pela assistência à saúde da população passa aos municípios, com recursos técnicos e financeiros a serem fornecidos pela União e pelos Estados, conforme o inciso VII do artigo 30 da Constituição Federal.

A NOB 01/91 teve papel histórico no processo de descentralização e destacou-se como o primeiro instrumento a regulamentar os espaços abertos deixados pela Lei Orgânica da Saúde. Porém, sua limitação foi o enfoque no financiamento com privilégios na assistência médica, tendo a doença como referencia.

3.1.1 A NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SUS 01/91

A NOB/SUS 01/91 foi editada pela Resolução do INAMPS N° 258, de 07 de janeiro de 1991, e reeditada com alterações pela resolução do INAMPS N° 273, de 17 de julho de 1991. Os principais pontos da NOB/SUS 01/91 foram:

- a) Equiparação entre prestadores públicos e privados, no que se refere à modalidade de financiamento, que passou a ser, em ambos os casos, por pagamento pela produção de serviços.
- b) Centralização da gestão do SUS em nível federal no INAMPS.
- c) Estabelecimento do instrumento do convênio como a forma de transferência de recursos do INAMPS para os Estados, Distrito Federal e Municípios.
- d) Consideraram como “municipalizados” dentro do SUS os municípios que atendessem os seguintes requisitos básicos:
 - ✓ Criação dos Conselhos Municipais de Saúde;
 - ✓ Criação do Fundo Municipal de Saúde;
 - ✓ Plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos Conselhos;
 - ✓ Programação e Orçamentação da Saúde (PROS) como detalhamento do Plano de Saúde;
 - ✓ Contrapartida de recursos para a saúde do seu orçamento;

- ✓ Constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) com o prazo de dois anos para a sua implantação.
- ✓ Instituiu a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) destinada a reajustar os valores a serem repassados aos estados, Distrito Federal e municípios. A cobertura ambulatorial anual era obtida da multiplicação do valor da UCA pela população de cada unidade da federação.
- ✓ Modificou o sistema de pagamento aos prestadores de serviços (entidades filantrópicas, hospitais universitários, entidades contratadas e conveniadas) com a implantação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

3.1.2 A NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SUS 01/92

A NOB 01/92, aprovada por meio da Portaria n. 234 de 07 de fevereiro de 1992, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, nos seus “considerandos” refere-se ao consenso obtido entre CONASS, CONASEMS e INAMPS em relação aos seus termos.

A NOB 01/92 tinha como objetivos: normatizar a assistência à saúde no SUS, estimular a implantação, o desenvolvimento o funcionamento do sistema; e dar forma concreta e instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde.

A NOB 01/92 trata dos seguintes assuntos: i) Planejamento; ii) Financiamento da assistência à saúde no SUS; iii) Estímulo a “municipalização” do SUS e às ações de saúde coletiva; iv) Investimentos na Rede; v) Sistemas de Informação; vi) Controle e Avaliação; vii) Processo de municipalização para repasse de recursos; e viii) Produtividade e qualidade.

A referida NOB instituiu o Índice de Valorização de Qualidade (IVQ) a ser concedido e repassado aos hospitais que integram a rede do SUS (públicos, contratados e conveniados).

Essa NOB criou o Fator de Estímulo à Gestão Estadual (FEGE), que se destinava a definir e reajustar os valores a serem repassados mensalmente, de forma regular e automática, aos estados habilitados para a reposição e modernização dos equipamentos da rede pública estadual e municipal.

A NOB 01/92 mantém o INAMPS como órgão responsável pelo repasse de recursos financeiros aos municípios e estados, dando continuidade em linhas gerais ao que estava previsto na NOB 01/91.

3.1.3 A NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SUS 01/93

A Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB/SUS 01/93) foi editada pela Portaria n. GM/MS n. 545, de 20 de maio de 1993. Formalizou os princípios aprovados na 9ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1992, que teve como tema central “a municipalização é o caminho”, e desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão. Os três entes que constituem o SUS, municípios, Estados e União deram um passo significativo para definir o novo modelo de sistema de saúde.

As principais contribuições da Norma Operacional Básica foram:

- a) A criação da transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena.
- b) Habilitação dos municípios como gestores.
- c) Definiu o papel dos estados de forma frágil, mas esses, ainda assim, passaram a assumir o papel de gestor do sistema estadual de saúde.
- d) Possibilitou a constituição das Comissões Intergestores Bipartite (de âmbito estadual) e Tripartite (nacional), como importantes espaços de negociação, pactuação, articulação, integração entre gestores (União, estados e municípios).

Para os Estados, a NOB 93 estabeleceu duas condições de gestão:

- a) Condição de Gestão Parcial, que estabeleceu como competência dos Estados às seguintes atribuições:
 - i. Assumir a responsabilidade pela programação integrada com seus municípios, além da gestão dos recursos dos investimentos próprios e dos transferidos pela esfera federal respeitando a autonomia dos municípios enquadrados em alguma modalidade de gestão;

- ii. Assumir o cadastramento, programação, distribuição de cotas ambulatoriais e hospitalares e o controle e avaliação das ações e serviços públicos e privados de saúde.
- iii. Coordenar a rede de referência estadual e gerir o sistema de saúde de alta complexidade, além do tratamento fora de domicílio, órteses e próteses e medicamentos especiais;
- iv. Coordenar, em seu âmbito, as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, as ações ligadas à saúde do trabalhador, os hemocentros e a rede de laboratórios de saúde pública.

b) Condição de Gestão Semiplena estabelecendo como competência aos Estados:

- i. Assumir a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços de saúde no Estado (planejamento, cadastramento, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados), respeitada as responsabilidades assumidas pelos municípios, além das atribuições previstas na condição parcial.

Para os municípios foram criadas três condições de gestão municipal:

a) Condição de Gestão Incipiente segundo a qual competiria ao município:

- ii. Assumir imediata ou progressivamente a responsabilidade sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores, programar e autorizar internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais, e controlar e avaliar os serviços públicos e privados;
- iii. Demonstrar disposição e condição de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município, desenvolvendo ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária, e aquelas ligadas à saúde do trabalhador.

Nesta condição, o município receberia apenas o recurso correspondente aos serviços realizados pelas próprias unidades, adicionados aos recursos do Fator de Apoio à Municipalização (FAM).

b) Condição de Gestão Parcial onde pertencia ao município assumir na íntegra as responsabilidades previstas na condição anterior, recebendo, mensalmente, além dos recursos provenientes da fatura de seus serviços e dos recursos do FAM, recursos financeiros correspondentes à diferença entre um teto estabelecido para o custeio de todos os serviços de saúde realizados no município e o gasto efetivamente realizado.

c) Condição de Gestão Semiplena onde pertencia ao município além das competências descritas na gestão parcial, assumir a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: o planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados.

Nesta modalidade o município receberia mensalmente um teto financeiro, estabelecido para o município pela CIB e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, através de repasse direto do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

No ano de 1996, após a edição da NOB/93, 63% dos municípios brasileiros estavam habilitados em alguma modalidade de gestão. Porém, a única modalidade que de fato representou a descentralização com autonomia para os municípios na organização do sistema de saúde e, ao mesmo tempo, maior responsabilidade com o resultado de suas ações, foi a condição de gestão semiplena. Nesta condição, foram habilitados apenas 3% dos municípios, na sua maioria de médio e grande porte, que respondiam por 18% da população brasileira e consumiam 24% dos recursos federais destinados à saúde (OLIVEIRA JR., 1998).

Apesar de ter representado um grande avanço no processo de descentralização a NOB/93 apresentava falhas, entre elas a definição da responsabilidade do Estado. Face às imperfeições, discussões foram provocadas no sentido de propor implementações na NOB /93 gerando a NOB editada em 1996.

3.1.4 A NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SUS 01/96

O êxito das mudanças promovidas com a NOB/SUS 01/93 desencadeou uma ampla discussão no setor saúde e levou à construção de uma nova Norma Operacional Básica,

a NOB/96 que representou um salto de qualidade na oferta dos serviços e ações desenvolvidas pelo SUS em todo o país.

A NOB/SUS 01/96 promoveu um avanço no processo de descentralização, criando novas condições de gestão para os municípios e estados, caracterizando as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos e redefinindo competências de estados e municípios.

Os objetivos gerais da Norma Operacional Básica 01/96 foram:

- a) Promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes com a respectiva redefinição das responsabilidades dos estados, Distrito Federal e União.
- b) Caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor, diretamente ou garantindo a referência, explicitando um novo pacto federativo para a saúde.
- c) Reorganizar o modelo assistencial, descentralizando as responsabilidades pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde.
- d) Aumentar a participação percentual da transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais a estados e municípios, reduzindo a transferência por remuneração de serviços produzidos
- e) Fortalecer a gestão do SUS, compartilhada e pactuada entre os governos municipais, estaduais e federais, por meio das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores.

A Norma Operacional Básica – NOB 1/96 estabeleceu a Programação Pactuada Integral (PPI), criou o Piso de Atenção Básica (PAB), estabeleceu novas formas de gestão para estados e municípios, além de redefinir as atribuições de cada esfera de governo.

Para os municípios a NOB/96 previa duas modalidades de gestão: a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal. Para se habilitar em um ou outro desses tipos de gestão o município tinha que atender a requisitos e assumir certas responsabilidades:

Na condição de Gestão Plena da Atenção Básica o município assumiria a responsabilidade pela:

- i. Gestão e execução da assistência ambulatorial básica (procedimentos incluídos no PAB), das ações de vigilância epidemiológica e sanitária;
- ii. Gestão de todas as unidades básicas de saúde (públicas e privadas) vinculadas ao SUS;
- iii. Elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI);
- iv. Autorização das internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais especializados;
- v. Controle e avaliação da assistência básica.

Na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal o município assumia a responsabilidade pela:

- i. Gestão de todas as ações e serviços de saúde no município (ambulatoriais e hospitalares);
- ii. Gestão de todas as unidades e serviços de saúde (públicas e privadas) com vínculo ao SUS;
- iii. Controle, avaliação, auditoria e o pagamento das ações e serviços de saúde no município;
- iv. Operação do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS);
- v. Elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI);
- vi. Administração da oferta de procedimentos de alto custo/complexidade para os quais era referência.

Para os Estados, a NOB-96 estabeleceu duas modalidades de gestão: a Gestão Avançada do Sistema Estadual e a Gestão Plena do Sistema Estadual.

Na Gestão Avançada do Sistema Estadual o Estado assumiria a responsabilidade por:

- i. Elaborar a PPI junto com os municípios;
- ii. Detalhamento da programação da FAE;
- iii. Elaboração e execução do Plano Estadual de Investimentos, negociado na CIB e aprovado no Conselho Estadual de Saúde;
- iv. Coordenação da política de alto custo/complexidade, medicamentos excepcionais e Tratamento Fora do Domicílio – TFD;

- v. Formulação da política de sangue e de medicamentos;
- vi. Organização do sistema de referência e a câmara de compensação;
- vii. Coordenação da política de vigilância sanitária e epidemiológica;
- viii. Contratação, controle e auditoria dos serviços sob gestão estadual.

Na condição de Gestão Plena do Sistema Estadual, além das atividades elencadas na Gestão Avançada, o Estado assumiria a responsabilidade pela:

- i. Gestão dos serviços de saúde (exceto em municípios em gestão plena do sistema municipal e dos serviços básicos em municípios em gestão plena da atenção básica);
- ii. Operação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)

A NOB/SUS 01/96 foi editada em 05 de novembro de 1996 por meio da Portaria GM/MS n. 2.203. Vários aspectos deveriam ser imediatamente regulamentados para viabilizar sua implantação, como, por exemplo, os requisitos e instrumentos para habilitação, implantação de nova tabela do SIA/SUS, o valor do PAB, o Fator de Ajuste, a PPI, o Cartão SUS, a Vigilância Sanitária, as Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, e a data do início de repasse automático fundo a fundo do PAB.

Entretanto, em dezembro de 1996, houve a substituição do Ministro Adib Jatene pelo Ministro Carlos Albuquerque, gerando uma reorientação na condução do Ministério da Saúde e uma rediscussão sobre alguns conceitos contidos na versão original da NOB/SUS 01/96, principalmente em relação ao PAB e o financiamento necessário para a sua implementação.

A Instrução Normativa 01/97 do Ministério da Saúde, editada em 15 de maio de 1997, regulamentou o processo, fluxos, requisitos e instrumentos de comprovação para Estados e Municípios se habilitarem às novas condições de gestão da NOB/SUS 01/96.

Discussões entre o Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS sobre o financiamento do SUS e a implantação da NOB/SUS 01/96 consumiram quase todo o ano de 1997. Em dezembro de 1997 e janeiro de 1998, o Ministério da Saúde publicou um conjunto de portarias regulamentando a implantação da NOB/SUS 01/96.

As principais alterações introduzidas na NOB/SUS 01/96 foram:

- i. O conceito original do PAB foi modificado. Deixou de ser Piso Assistencial Básico e passou a ser chamado de Piso da Atenção Básica, ampliando sua abrangência.
- ii. A Portaria n. 1.882/97 definiu uma parte fixa e uma parte variável do novo PAB.
- iii. O valor nacional da Parte Fixa do PAB foi definido em R\$ 10,00 per capita/ano a ser transferido fundo a fundo de forma regular e automática aos municípios habilitados na NOB/SUS 01/96.
- iv. Foi criado o “valor máximo da Parte Fixa do PAB”, estipulado em R\$18,00 por habitante/ano na reunião da CIT de 27 de janeiro de 1998.
- v. Foi criada a Parte Variável do PAB que correspondia a incentivos destinados às seguintes ações e programas:
 - a) Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
 - b) Programa de Saúde da Família;
 - c) Programa de Combate às Carências Nutricionais;
 - d) Ações Básicas de Vigilância Sanitária;
 - e) Assistência Farmacêutica Básica; e
 - f) Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental;

Ao final do ano 2000, a habilitação nas condições previstas pela NOB-SUS/96 atingia mais de 99% do total dos municípios do País. Sendo 89% em Gestão Plena da Atenção Básica e 10,1% em Gestão Plena do Sistema Municipal (Quadro 2). A maior parte dessas habilitações ocorreu ainda em 1998, no primeiro ano de implantação da NOB-SUS 01/96.

Quadro 2. Habilitação dos municípios brasileiros, por estado, na NOB-SUS/96. Situação em dezembro de 2001

Estado	Total de municípios	Tipo de Habilitação					
		Plena da Atenção Básica		Plena do Sistema Municipal		Total de Pleitos Aprovados	
		Municípios	%	Municípios	%	Municípios	%
AC	22	17	77,27	1	4,55	1	81,82
AL	102	87	85,29	15	14,71	102	100,00
AM	62	52	83,87	7	11,29	59	95,16
AP	16	13	81,25	1	6,25	14	87,50
BA	417	394	94,48	19	4,56	413	99,04
CE	184	155	84,24	29	15,76	184	100,00
ES	78	43	55,13	35	44,87	78	100,00
GO	246	231	93,90	15	6,10	246	100,00
MA	217	171	78,80	44	20,28	215	99,08
MG	853	784	91,91	57	6,68	841	98,59
MS	77	67	87,01	9	11,69	76	98,70
MT	139	125	89,93	1	0,72	126	90,65
PA	143	98	68,53	44	30,77	142	99,30
PB	223	215	96,41	8	3,59	223	100,00
PE	185	166	89,73	19	10,27	185	100,00
PI	222	221	99,55	1	0,45	222	100,00
PR	399	386	96,74	13	3,26	399	100,00
RJ	92	71	77,17	21	22,83	92	100,00
RN	167	157	94,01	10	5,99	167	100,00
RO	52	41	78,85	11	21,15	52	100,00
RR	15	14	93,33	1	6,67	15	100,00

RS	497	486	97,79	11	2,21	497	100,00
SC	293	273	3,17	20	6,83	293	100,00
SE	75	73	97,33	2	2,67	75	100,00
SP	645	482	74,73	161	24,96	643	99,69
TO	139	130	93,53	9	6,47	139	100,00
Brasil	5.560	4.952	89,06	564	10,14	5.516	99,21

Fonte: Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência/SAS/MS.

Já o processo de habilitação dos Estados foi mais lento e irregular (Tabela 1). Em dezembro de 2001, cinco Estados estavam habilitados na condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual, e sete Estados na condição de Gestão Plena do Sistema Estadual.

Tabela 1. Habilitação dos estados brasileiros e Distrito Federal na NOB-SUS/96 (Dez/2001).

Situação das Habilitações	N ° de UFs	% de UFs	UFs
Gestão Avançada do Sistema Estadual	5	18,5 %	Bahia, Paraíba, Rio Grande do Sul, Minas Gerais e São Paulo
Gestão Plena do Sistema Estadual	7	25,9%	Alagoas, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Pará, Paraná, Santa Catarina
Não Habilitados	15	55,6%	Acre, Amazonas, Amapá, Espírito Santo, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondonia, Roraima, Sergipe e Tocantins.
Total	27	100%	

Fonte: Departamento de Descentralização da Assistência/SAS/MS

3.1.5 A NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NOAS/SUS 01/2001

Seguindo a proposta de concretização da descentralização, a NOAS/2001 preconizou o aprofundamento desse processo, ampliando-se a regionalização do sistema do sistema de saúde. Estabeleceu a implementa

ção de um Plano Diretor de Regionalização, a ser elaborado pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Criou-se a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPAB e se estabeleceu várias outras estratégias mínimas de atuação como condição de habilitação nesse tipo gestão.

A publicação da NOAS/SUS 01/2001 foi o resultado de um longo processo de negociação que envolveu o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

O conjunto de estratégias apresentadas na NOAS/SUS 01/2001 articulou-se em torno do pressuposto de que, no atual momento da implantação do SUS, a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços da atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo.

No que diz respeito à ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica, a NOAS/SUS 01/2001 instituiu a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, e definiu como áreas de atuação estratégicas mínimas para a habilitação nesta condição o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal. Para o financiamento do elenco de procedimentos da atenção básica ampliada, foi instituído o PAB-Ampliado, e seu valor fixado na época em R\$ 10,50 habitante/ ano.

A NOAS/SUS 01/2001 definiu um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais. Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreende as atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar.

O financiamento federal das ações ambulatoriais seria feito com base em um valor per capita nacional (R\$ 6,00 habitante/ano). Ao longo do processo de qualificação das microrregiões, o Ministério da Saúde adicionaria recursos ao Teto Financeiro das UFs para cobrir a diferença entre os gastos atuais com esses procedimentos e o montante correspondente ao per capita nacional multiplicado pela população. Cabe ressaltar que nenhuma microrregião foi qualificada e, portanto, essa forma de repasse nunca foi implementada.

Do mesmo modo que na NOB 1/96, o município não habilitado em uma das gestões previstas teria a administração da saúde no seu território transferida para a esfera do gestor estadual. Dessa forma, pode-se concluir que a implantação efetiva do SUS com a conseqüente concretização da descentralização preconizada na Constituição Federal estava à mercê da vontade política dos governantes, já que se tratava de decisão a ser tomada no nível político local.

3.1.6 A NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NOAS/SUS 01/2002

A Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 (NOAS/SUS 01/02) foi instituída pela Portaria GM/MS n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Foi o resultado dos encaminhamentos estabelecidos na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada em 22 de novembro de 2001. Naquela data, foi firmado um acordo entre o CONASS e CONASEMS contemplando propostas relativas ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidades e fortalecimento da gestão dos Estados sobre as referências intermunicipais, notadamente no que diz respeito à explicitação e mecanismos de acompanhamento dos recursos federais referentes ao atendimento da população não-residente que busca atendimento no município de referência.

As principais modificações na NOAS/SUS 01/2001 introduzidas pela NOAS/SUS 01/02 foram:

- a) O município-sede de módulo assistencial pode estar habilitado em Gestão Plena de Sistema Municipal quando em situação de comando único municipal ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) quando em situação de comando único estadual.
- b) Estabeleceu que competia aos Estados a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de Laboratórios de Referência para controle de qualidade, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica e gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e Laboratórios de Saúde Pública.
- c) Foi estabelecida como prerrogativa dos Estados habilitados na NOAS/SUS 01/02 a transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao financiamento *per capita* do conjunto mínimo de serviços de média complexidade (M_1) em regiões ou microrregiões qualificadas, nos casos em que o município-sede do módulo assistencial estiver habilitado em GPABA.

Em 2003, após a XII Conferência Nacional de Saúde, por iniciativa do CONASEMS, o debate acerca da necessidade de rever mudanças na dinâmica de gestão do

sistema passa a ocupar o núcleo da discussão. Sobressai a construção de um novo pacto para substituir a normatização excessiva e a lógica da habilitação, pela adesão e compromisso com os resultados

Propõe-se a superação da fragmentação das políticas e programas de saúde por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão, contribuindo para promover inovações, com vistas ao alcance de maior efetividade e qualidade das respostas às necessidades de saúde da população e na equidade social (BRASIL, 2006).

3.2 O PAPEL DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS)

O Conselho Nacional de Secretários Municipais (CONASEMS) foi constituído no ano de 1988, como ente de mobilização e representação dos Secretários Municipais de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Tem como eixo de ação “o fortalecimento e a autonomia da gestão municipal, promovendo e incentivando o desenvolvimento de políticas públicas que valorizem as experiências de saúde, com caráter intersetorial, que promova equidade e participação social”.

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) define-se como entidade não-governamental, sem fins lucrativos, criada com o objetivo de representar as Secretarias Municipais de Saúde.

A Lei nº 8.142 de 1990, ao tratar da participação social no SUS, define o CONASEMS como representante dos municípios no Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão deliberativo do SUS que é, também, membro da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne a representação dos três Entes Federados: o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e o CONASEMS.

O CONASEMS define que são suas competências:

- a) Promover e consolidar um novo modelo de gestão pública de saúde alicerçada nos conceitos de descentralização e municipalização;
- b) Propor fórmulas de gestão democrática para a saúde; e

- c) Auxiliar municípios na formulação de estratégias voltadas ao aperfeiçoamento dos seus sistemas de saúde, primando pelo intercâmbio de informações e pela cooperação técnica.

Em cada Estado, os Secretários Municipais de Saúde se organizam em COSEMS (Conselho de Secretários Municipais de Saúde), sendo que em alguns Estados a entidade recebe outras denominações. Os representantes do COSEMS e os representantes das Secretarias Estaduais de Saúde compõem a Comissão Intergestores Bipartite em cada Estado.

Nos Estados maiores, foram organizados os Conselhos Regionais de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS) que fazem parte das Comissões Intergestores Bipartite Regionais.

3.3 O PAPEL DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS)

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) foi fundado em 03 de fevereiro de 1982 com o objetivo de tornar o conjunto das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal mais participante do esforço de reconstrução do setor de saúde, como parte de uma ampla pauta social, naquele momento de redemocratização do País.

O CONASS é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que se pauta pelos princípios que regem o direito público e que congrega os Secretários da Saúde, dos estados e do Distrito Federal. Constitui um organismo da direção do Sistema Único de Saúde (SUS) com mandato de representar politicamente os interesses comuns das Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal, perante as demais esferas de governo e outros parceiros, em torno de estratégias comuns de ação entre os gestores estaduais de saúde. Entre as representações de que participa estão a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Quanto à finalidade, à competência e às linhas de ação, o CONASS atua como órgão permanente de intercâmbio de experiências e informações de seus membros, voltado para a implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais.

3.4 AS COMISSÕES INTERGESTORES

As Comissões Intergestores Bipartites (CIB) são instâncias de pactuação e deliberação constituindo-se espaços intergovernamentais, políticos e técnicos em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública para a realização dos pactos intra-estaduais e a definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite;

As CIB são espaços que integram a estrutura decisória do SUS constituindo uma estratégia de coordenação e negociação do processo de elaboração da política de saúde nas três esferas de governo, articulando-as entre si.

Desde que foram instituídas, no início dos anos 1990, como foros privilegiados para negociação e decisão dos aspectos operacionais relativos à descentralização das ações e dos serviços de saúde no âmbito da gestão do Sistema Único de Saúde, as Comissões Intergestores Tripartite, na direção nacional, e Bipartite, na direção estadual, vêm se constituindo em importantes arenas políticas de representação federativa nos processos de formulação e implementação das políticas de saúde.

Todas as iniciativas intergovernamentais de planejamento integrado e programação pactuada na gestão descentralizada do SUS estão apoiadas no funcionamento dessas comissões.

As comissões intergestores vêm desempenhado papel relevante na formulação e na implementação da política de saúde e têm contribuído na complexa tarefa de desenvolver as diretrizes do SUS no sistema federativo brasileiro (SEMINÁRIO INTERNACIONAL TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS, 2002).

A Comissão Intergestores Bipartite é constituída paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), ou similar, incluindo obrigatoriamente o Secretário de Saúde da Capital. Já a Comissão Intergestores Tripartite é composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Na CIT, são definidas diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS. Tem composição paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde (MS), cinco pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

(CONASEMS). A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões do País.

3.5 O PACTO PELA SAÚDE

Desde 2003, resultado das discussões e consensos elaborados a partir do Seminário para construção de Consensos e da Carta de Sergipe, o CONASS solicitou ao Ministério da Saúde a revisão do processo normativo do SUS. Era compreensão dos Gestores Estaduais que o processo normativo do SUS necessitava contemplar a ampla diversidade e diferenças do nosso país e que a elaboração de uma nova norma deveria contribuir para a construção de um modelo de atenção que contemplasse os princípios do SUS, sob a égide da responsabilidade sanitária, adequada à realidade de cada Estado e região do país, integrando ações de promoção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidade, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental, a reafirmação da importância das instâncias deliberativas CIB e CIT e o fortalecimento do controle social.

Em agosto de 2004 foi organizada pelo Ministério da Saúde uma oficina denominada “Agenda do Pacto de Gestão”, com objetivo de dar início ao processo de discussão para a revisão do processo normativo do SUS; e estabelecer as diretrizes, conteúdos e metodologia de trabalho para a elaboração de propostas para pactuação de questões fundamentais para o processo de Gestão do SUS. Os participantes dessa oficina foram representantes do CONASS, CONASEMS e do Ministério da Saúde.

O trabalho conjunto exigiu o exercício da construção de consensos entre CONASS, CONASEMS e Ministério da Saúde. Os primeiros resultados obtidos constam da Portaria GM/MS n. 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006, com a definição das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde.

A implantação em 2006 do Pacto pela Saúde, nas três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, propõe a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS visando à reforma de aspectos institucionais vigentes, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade dos serviços de saúde.

O Pacto pela Vida estabelece o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades, definidas através de metas nacionais, estaduais ou municipais, que apresente

impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. As prioridades pactuadas apresentam-se divididas em seis grandes eixos: a saúde do idoso, o controle de câncer de colo de útero e de mama, a redução da mortalidade infantil e materna, o fortalecimento de capacitação de respostas às doenças emergentes e endemias com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006).

O Pacto em Defesa do SUS propõe comprometer os gestores do SUS com a concretização da reforma sanitária brasileira. Além do apoiar à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania e a elaboração da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS. Propõe ainda, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 pelo Congresso Nacional e a aprovação do orçamento, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão.

O Pacto de Gestão estabeleceu diretrizes para a gestão do SUS nos âmbitos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e ainda, define de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS, substituindo o então processo de habilitação estabelecido pela Lei Orgânica da Saúde e suas normas regulamentadoras por um processo de pactuação de metas.

No âmbito da descentralização busca o aprofundamento da gestão compartilhada fixando as seguintes premissas:

- a) Cabe ao Ministério da Saúde a proposição de políticas, participação no co-financiamento, cooperação técnica, avaliação, regulação, controle e fiscalização, além da mediação de conflitos;
- b) Descentralização dos processos administrativos relativos à gestão para as Comissões Intergestores Bipartites;

Observa-se que o Pacto de Gestão enfoca na descentralização das atribuições do Ministério da Saúde para os Estados e municípios, na tentativa de promover um choque de gestão, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.

Ressalta-se o fortalecimento da atenção básica por meio do apoio instituído aos diferentes modos de organização da atenção, ao priorizar o Programa Saúde da Família, a sua

consolidação em grandes centros e a ampliação dele em municípios de pequeno e médio porte, respeitando suas diferenças regionais (BRASIL, 2006).

Quanto ao financiamento e à infra-estrutura, o pacto garante o funcionamento das unidades básicas de saúde (UBS) a partir de recursos provenientes das três esferas de gestão do SUS, devendo ser monitorado e avaliado com vistas à qualificação da gestão descentralizada (BRASIL, 2006).

Em relação aos recursos humanos necessários, propõe o aprimoramento da inserção dos profissionais nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam a sua fixação, e qualificam-nos por meio de estratégias de educação permanente e da oferta de cursos de caráter continuado, como especializações e residências multiprofissionais em saúde da família.

Nessa perspectiva, o pacto de gestão surge como uma oportunidade real de melhoria no acesso e na qualidade dos serviços e de resolução dos problemas operacionais não equacionados com as NOB e as NOAS, buscando a construção de modelos inovadores de atenção à saúde com o objetivo de assim reduzir as iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, no que diz respeito às ações e serviços em saúde

4.0 O SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SUS

A Portaria GM/MS n. 3.085, de 1º de dezembro de 2006, regulamentou o Sistema de Planejamento do SUS. O atual sistema é representado pela atuação contínua, articulada, integrada e solidária do planejamento das três esferas de gestão do SUS, e pressupõe que cada esfera de governo realize o seu planejamento, articulando-se a fim de fortalecer e consolidar os objetivos e as diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, as necessidades e as realidades de saúde locorregionais.

Esse sistema propõe buscar de forma tripartite a pactuação de bases funcionais do planejamento, de monitoramento e da avaliação, bem como promover a participação social e a integração intra e inter-setorial, considerando os determinantes e os condicionantes de saúde. A referida portaria reitera um ponto fundamental para o SUS que é o reconhecimento das diversidades existentes nas três esferas de governo.

Os objetivos do Sistema de Planejamento do SUS são:

1. Pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e os instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão;
2. Formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa;

3. Implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores;
4. Desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três Entes Federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências;
5. Apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e/ou redirecionamento;
6. Promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento do SUS; e
7. Monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, a fim de fortalecer o sistema e de contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.

Essa portaria também instituiu o Incentivo Financeiro para a implementação do Sistema de Planejamento do SUS, a ser transferido de forma automática aos Fundos de Saúde, em parcela única. Esse Incentivo destina-se a apoiar a organização e/ou a reorganização das ações de planejamento dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com vistas à efetivação do referido sistema, com ênfase no desenvolvimento dos instrumentos básicos (Plano de Saúde e Relatório de Gestão).

São definidos como instrumentos básicos de planejamento nas três esferas de gestão do SUS: o Plano de Saúde e a respectiva Programação Anual em Saúde e o Relatório de Gestão. Esses instrumentos (Plano de Saúde e Relatório de Gestão) devem ser compatíveis com os respectivos Planos Plurianuais (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), observando-se os períodos estabelecidos para a sua formulação em cada esfera de gestão.

Com o objetivo de apresentar orientações gerais relativas aos instrumentos básicos de planejamento do SUS foi publicada a Portaria GM/MS n. 3.332, de 28 de dezembro de 2006, pactuada na reunião da CIT realizada no dia 14 de dezembro de 2006. Esta portaria define que o Plano de Saúde deve apresentar as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

O Plano de Saúde, como instrumento referencial no qual devem estar refletidas as necessidades e as peculiaridades próprias de cada esfera, configura-se a base para a execução,

o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde. O Plano deve contemplar todas as áreas da Atenção à Saúde, a fim de garantir a integralidade prevista no SUS.

A elaboração do Plano de Saúde compreende dois momentos: o da análise situacional e o da definição dos objetivos, das diretrizes e das metas para o período de quatro anos.

A análise situacional e a formulação dos objetivos, das diretrizes e das metas têm por base os seguintes eixos:

- i) condições de saúde da população, em que estão concentrados os compromissos e as responsabilidades exclusivas do setor saúde;
- ii) determinantes e condicionantes de saúde, em que estão concentradas medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores, ou seja, a intersetorialidade;
- iii) gestão em saúde.

O processo de formulação do Plano de Saúde deve considerar a formalização da decisão do gestor de construir o Plano, através de uma portaria ou outro instrumento próprio da respectiva esfera de gestão. Outra alternativa é a apresentação da proposta de construção do Plano ao Conselho de Saúde, que deve se manifestar por meio de uma resolução, devidamente aprovada pelo gestor.

A área de planejamento da respectiva esfera de gestão, ou no caso de sua inexistência, uma equipe designada pelo gestor, deve ser encarregada de reunir e analisar alguns insumos indispensáveis, tais como o PPA, os relatórios das Conferências de Saúde, os relatórios de avaliação do Plano vigente e os Relatórios Anuais de Gestão disponíveis

A proposta final do Plano de Saúde deverá ser submetida à apreciação e aprovação pelo Conselho de Saúde, o qual deve ser publicado em ato formal pelo gestor e utilizado como instrumento orientador estratégico da gestão, do qual deve decorrer os demais instrumentos de planejamento.

A Programação Anual de Saúde deve operacionalizar as intenções expressas no Plano de Saúde e tem como propósito determinar o conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, bem como da gestão do SUS.

A Programação Anual de Saúde deve conter: i) a definição das ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; ii) o estabelecimento das metas anuais relativas a cada uma das ações definidas; iii) a

identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da Programação; e iv) a definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação.

O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários. Os resultados alcançados são apurados com base no conjunto de indicadores, definidos na Programação para acompanhar o cumprimento de metas nela fixadas devendo ser submetido à aprovação do respectivo Conselho de Saúde até o fim do primeiro trimestre do ano subsequente.

Os Relatórios Anuais de Gestão devem ser insumos básicos para a avaliação do Plano de Saúde, ao fim de seu período de vigência. Essa avaliação tem por objetivo subsidiar a elaboração do novo Plano com as correções de rumos que se fizerem necessárias.

Considerando a necessidade de um planejamento realizado com vistas ao território compreendido em uma região de saúde, e tendo em vista a ênfase dada à regionalização na NOAS 01/01 e 01/02 e atualmente no Pacto pela Saúde, faz-se necessária a utilização de instrumentos de planejamento de caráter regional e estadual que possam contemplar demandas do Estado e do conjunto de Municípios.

4.1 INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DA REGIONALIZAÇÃO

A regionalização é uma diretriz do sistema único de saúde proposto pelo Pacto pela Saúde e tem como objetivo orientar a descentralização das ações e serviços de saúde. Tem como principais instrumentos de planejamento, o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) tem como objetivo definir as diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando à conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis.

O planejamento regional deve expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente estar asseguradas no plano de saúde de cada Município e do Estado.

São objetivos da Regionalização:

1. Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local/municipal;
2. Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão loco-regional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no país;
3. Garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema;
4. Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que a demanda dos diferentes interesses loco-regionais possam ser organizadas e expressadas na região;
5. Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

Regionalizar é partir o território, segundo algum critério funcional, usando informações relevantes. De acordo com o Pacto de Gestão as regiões de saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e devem propor:

- a) Organização da rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado;
- b) Favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social;
- c) A pactuação entre todos os gestores envolvidos, do conjunto de responsabilidades não compartilhadas (atenção básica e às ações básicas de vigilância em saúde) e das ações complementares;

As regiões podem ter os seguintes formatos:

- a) Regiões intra-estaduais: são compostas por mais de um município, dentro de um mesmo Estado;
- b) Regiões Intramunicipais: devem ser organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional;
- c) Regiões Interestaduais: são conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes Estados;
- d) Regiões Fronteiriças: são conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos.

Para qualificar o processo de regionalização, buscando a garantia e o aprimoramento dos princípios do SUS, os gestores de saúde da região deverão constituir um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa através de um Colegiado de Gestão Regional (CGR).

O Colegiado de Gestão Regional constitui em um espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva formado pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios e por representantes do gestor estadual.

O Colegiado deve instituir processo de planejamento regional, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente, as bases para a programação pactuada integrada da atenção a saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local.

O Plano Diretor de Regionalização deve conter os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas dentro dos territórios das regiões e macrorregiões de saúde, em articulação com o processo da Programação Pactuada Integrada (PPI).

O processo de regionalização inscreve-se em uma perspectiva de mudança cultural: da regionalização espacial para uma regionalização da Atenção à Saúde. Nesse sentido, o processo de regionalização será utilizado como uma base espacial para a construção de redes de Atenção à Saúde. Isso é uma exigência da situação epidemiológica brasileira, marcada pela convivência de doenças transmissíveis e doenças crônicas, com predominância relativa dessas últimas.

O Plano Diretor de Investimento (PDI) deve definir os recursos de investimentos para atender as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No

âmbito regional deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e na macrorregião no que se refere à alta complexidade. Deve contemplar ainda, as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR.

A Programação Pactuada e Integrada deve assegurar e ter como principais objetivos:

- a) Buscar a equidade de acesso da população brasileira às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade;
- b) Orientar a alocação dos recursos financeiros;
- c) Definir que os limites financeiros para a assistência de média e alta complexidade de todos os municípios serão compostos por parcela destinada ao atendimento da população do próprio município em seu território e pela parcela correspondente à programação pactuada das referências de outros municípios;
- d) Possibilitar a visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde;
- e) Fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso aos serviços de saúde;
- f) Contribuir para a organização das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde;
- g) Possibilitar a transparência dos Pactos Intergestores resultantes do processo de programação pactuada e integrada da assistência e assegurar que estejam contemplados no Termo de Compromisso para Garantia do Acesso.

4.2 DAS RESPONSABILIDADES DA GESTÃO DO SUS

Na proposta do Pacto pela Saúde, a gestão do Sistema Único de Saúde deve ser construída de forma solidária e cooperada, com o apoio recíproco entre os gestores através de compromissos pactuados através dos Termos de Compromissos assumidos e aprovados pelas Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e Tripartite (CIT).

Todo município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o Estado e a União, devendo:

1. Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;
2. Promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;
3. Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;
4. Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;
5. Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pelo Estado ou pela União;
6. Com apoio dos Estados, identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;
7. Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;
8. Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;
9. Organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço

- e equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento;
10. Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
 11. Pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Estado e com os demais Municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
 12. Garantir estas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, quando dispõe de serviços de referência intermunicipal;
 13. Garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;
 14. Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional observado as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
 15. Assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
 16. Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.
 17. Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados.

18. Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação.
19. Participar dos colegiados de Gestão Regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras.
20. Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde

É competência estabelecida no Pacto pela Saúde aos Estados:

1. Responder, solidariamente com municípios, Distrito Federal e união, pela integralidade da atenção à saúde da população;
2. Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;
3. Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;
4. Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso;
5. Apoiar técnica e financeiramente os municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes;
6. Apoiar técnica, política e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios, considerando os cenários epidemiológicos, as necessidades de saúde e a articulação regional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;
7. Fazer reconhecimento das necessidades da população no âmbito estadual e cooperar técnica e financeiramente com os municípios, para que possam fazer o mesmo nos seus territórios;
8. Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;
9. Coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região;

10. Organizar e pactuar com os municípios, o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
11. Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do território estadual;
12. Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;
13. Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
14. Coordenar e executar e as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
15. Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde no município, comprometendo-se em cooperar para que o município assuma, no menor prazo possível, sua responsabilidade;
16. Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo Bipartites e conforme normatização específica;
17. Supervisionar as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios;
18. Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
19. Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;

20. Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;
21. Assumir a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos / hemocentros e elaborar normas complementares para a organização e funcionamento desta rede de serviço.
22. Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização.
23. Coordenar o processo de regionalização em seu território observando as normas vigentes.
24. Coordenar o processo de organização das regiões de saúde, conforme o plano de regionalização.
25. Disponibilizar de forma solidaria e cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação.
26. Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional.
27. Participar dos Colegiados de Gestão Regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras.
28. Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde.

A União tem como competência:

1. Responder, solidariamente com os municípios, o Distrito Federal e os estados, pela integralidade da atenção à saúde da população;
2. Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;
3. Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;
4. Coordenar e acompanhar, no âmbito nacional, a pactuação e avaliação do Pacto de Gestão e Pacto pela Vida e seu Termo de Compromisso;
5. Apoiar o Distrito Federal, os estados e conjuntamente com estes, os municípios, para que assumam integralmente as suas responsabilidades de gestores da atenção à saúde;
6. Apoiar financeiramente o Distrito Federal e os municípios, em conjunto com os Estados, para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;

7. Prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento das suas atuações institucionais na gestão da atenção básica;
8. Exercer de forma pactuada as funções de normatização e de coordenação no que se refere à gestão nacional da atenção básica no SUS;
9. Identificar, em articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, as necessidades da população para o âmbito nacional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos; e cooperar técnica e financeiramente com os gestores, para que façam o mesmo nos seus territórios;
10. Desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;
11. Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos que estejam sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional observado as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
12. Definir e pactuar as diretrizes para a organização das ações e serviços de média e alta complexidade, a partir da atenção básica;
13. Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
14. Coordenar, nacionalmente, as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde que exijam ação articulada e simultânea entre os Estados, Distrito Federal e Municípios;
15. Proceder à investigação complementar ou conjunta com os demais gestores do SUS em situação de risco sanitário;
16. Apoiar e coordenar os Laboratórios de Saúde Pública – Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública/RNLSP nos aspectos relativos à vigilância em saúde;
17. Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios,

comprometendo-se em cooperar para que assumam, no menor prazo possível, suas responsabilidades;

18. Apoiar técnica e financeiramente os Estados, o Distrito Federal e os Municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
19. Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde.
20. Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados.
21. Coordenar o processo de regionalização no âmbito nacional, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização observando as normas vigentes e pactuadas na CIT.
22. Cooperar técnica e financeiramente com as regiões de saúde, priorizando as regiões mais vulneráveis, promovendo a equidade inter-regional e interestadual.
23. Apoiar e participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida.
24. Fomentar a constituição das regiões de saúde fronteiriças, participando do funcionamento de seus Colegiados de Gestão Regional.

4.3 DO FINANCIAMENTO PARA A GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O financiamento para a gestão destina-se ao custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação dos recursos financeiros do SUS e deverá apoiar iniciativas de fortalecimento da gestão, sendo composto pelos seguintes sub-blocos:

1. Regulação, controle, avaliação e auditoria
2. Planejamento e Orçamento
3. Programação
4. Regionalização

5. Participação e Controle Social
6. Gestão do Trabalho
7. Educação em Saúde
8. Incentivo à implementação de políticas específicas

Os recursos financeiros de investimento deverão ser alocados com vistas à superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde, priorizando a recuperação, a re-adequação e a expansão da rede física de saúde e a constituição dos espaços de regulação.

São eixos prioritários para aplicação de recursos de investimentos:

- a) Estímulo à Regionalização - Deverão ser priorizados projetos de investimentos que fortaleçam a regionalização do SUS, com base nas estratégias nacionais e estaduais, considerando os PDI (Plano de Desenvolvimento Integrado) atualizados, o mapeamento atualizado da distribuição e oferta de serviços de saúde em cada espaço regional e parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala e de escopo com equidade no acesso.
- b) Investimentos para a Atenção Básica - recursos para investimentos na rede básica de serviços, destinados conforme disponibilidade orçamentária, transferidos fundo a fundo para municípios que apresentarem projetos selecionados de acordo com critérios pactuados na Comissão Intergestores Tripartite.

5.0 O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS NO AMAPÁ

O Estado do Amapá, localizado na Região Norte, possui uma superfície territorial de 143.453,7 km², correspondendo a 1,67% do território nacional e a 3,7% da área da Região Norte. Situado no extremo norte do país, o Amapá faz fronteira com o Estado do Pará, com o Suriname e a Guiana Francesa e concentra uma grande diversidade em ambientes naturais, fazendo parte de dois grandes domínios geográficos: o amazônico e o oceânico, o que lhe atribui características muito particulares quanto à formação e à estruturação de seus ambientes naturais.

O Amapá possui uma população estimada de 626.609 mil habitantes, distribuídos em 16 municípios. A capital é Macapá com 366.484 mil habitantes.

A região do Amapá foi transformada em território nacional em 1943, tornando-se Estado da Federação em 1988. Parte preponderante de seu povo, na ordem de 91,85%, vive nas cidades, sendo que, aproximadamente 60% no cômputo geral, residem em sua capital Macapá e com um grau de urbanização estadual de 91,85%. Apresenta uma densidade demográfica de 4,3 hab/Km²(IBGE, 2009).

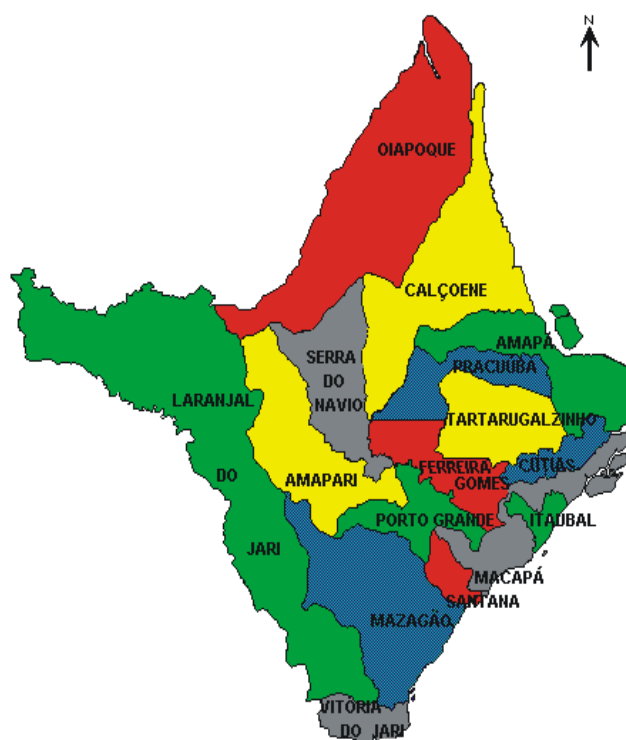


Figura 1. Mapa geográfico do Estado do Amapá

A economia do Amapá é diretamente dependente dos recursos naturais caracterizando-se pela exploração de matérias-primas, produtos primários e semi-elaborados.

O setor primário é caracterizado por baixo nível tecnológico, crédito restrito e por contingente populacional reduzido. O setor secundário está concentrado nas atividades do extrativismo mineral, da construção civil e da indústria de transformação e tem sua capacidade de expansão limitada pela oferta de energia e por outras deficiências em infraestrutura. O setor terciário, incluída a administração pública, é o mais representativo da economia amapaense, apesar de não ser o principal empregador. As atividades de comércio e serviços têm superado a administração pública na geração de empregos nos últimos anos.

O Estado do Amapá apresenta um déficit no abastecimento de água de 97,36%, sendo que a cobertura existente de aproximadamente 2% no Estado é na área urbana da capital Macapá. Os índices nas periferias e nos municípios são insignificantes (Tabela 2).

Tabela 2 - Proporção de Moradores por Tipo de Abastecimento de Água

Abastecimento de água	1991 (%)	2000 (%)
Rede geral	63,8	51,4
Poço ou nascente (na propriedade)	22,1	39,8

Outra forma	14,1	8,8
--------------------	-------------	------------

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

Quanto à coleta e ao destino do lixo observamos que apesar do crescimento da cobertura em uma década conforme Tabela 3, ainda há deficiência na capacidade de recolhimento, transporte e destinação de resíduos. Não existe coleta seletiva, nem o tratamento adequado ao lixo doméstico e hospitalar.

Tabela 3 – Proporção de Moradores por Tipo de Destino de Lixo

Coleta de lixo	1991 (%)	2000 (%)
Coletado	58,0	70,9
Queimado (na propriedade)	15,4	15,9
Enterrado (na propriedade)	0,4	0,8
Jogado	25,1	11,9
Outro destino	1,0	0,5

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

No que se refere a rede de esgoto, o Estado possui apenas 5,8% da população com rede de esgoto e aproximadamente 15% despeja seus dejetos nos rios e lagos. Tabela 4

Tabela 4 – Proporção de Moradores por tipo de Instalação Sanitária

Instalação Sanitária	1991	2000
Rede geral de esgoto ou pluvial	5,4	5,8
Fossa séptica	8,6	17,2
Fossa rudimentar	58,5	48,4
Vala	13,2	4,6
Rio, lago ou mar	-	14,9
Outro escoadouro	3,0	2,9
Não sabe o tipo de escoadouro	0,0	-
Não tem instalação sanitária	11,3	6,2

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

5.1 O SISTEMA DE SAÚDE DO AMAPÁ

A estrutura física do sistema de saúde amapaense foi implantada a partir de 1943, no governo de Janary Nunes quando o então Hospital Geral de Macapá, a primeira Unidade

Hospitalar do Estado começou a ser construída. Daquela época até o momento atual pouco investimento na infraestrutura foi feito na rede de saúde, apenas reformas pontuais em estabelecimentos de saúde hospitalar.

A rede de saúde está concentrada na capital, com serviços desarticulados e pouco integrados. O Estado possui apenas um Hospital de Emergências e uma Maternidade, os quais estão sediados na capital, sob a gestão estadual e atende não só a população de Macapá como a oriunda dos municípios interioranos e das ilhas do Estado do Pará.

A última reforma administrativa da Secretaria Estadual de Saúde ocorreu em 1998. Até hoje a SESA coordena e centraliza a gestão orçamentária e financeira de todas as unidades de saúde que estão sob sua gestão, com exceção de duas autarquias, o Hemocentro e o Laboratório Central de Saúde Pública que possuem receita própria e autonomia financeira e administrativa, as demais unidades de saúde que estão sob a gestão do Estado e dependem funcionalmente da Secretaria de Estado da Saúde para aquisição de equipamentos e insumos.

É importante relatar a dificuldade encontrada para obter informações documentais sobre o processo histórico de construção do sistema de saúde na Secretaria de Estado da Saúde e demais órgãos e setoriais vinculados.

Atualmente o sistema de saúde amapaense é constituído por 406 estabelecimentos distribuídos na rede pública, sob gestão estadual e municipal, e privada. Quadro 3.

Quadro 3- Estabelecimentos que compõem o sistema estadual de saúde

Tipo de estabelecimento	Gestão Estadual	Gestão Municipal	Gestão Privada
Postos de saúde		150	
Centro de Saúde/Unidade Básica		73	
Policlínica	01		
Hospital Geral	08		
Hospital especializado	05		
Unidade Mista	10		
Pronto Socorro Geral	01		
Consultório isolado			69
Clínica/Ambulatório Especializado			33
Unidade de apoio ao diagnóstico e Terapia	31		
Unidade Móvel Terrestre	02		

Unidade Móvel Nível Pré-hospitalar Urgência/Emergência	07		
Farmácia Popular	01		
Unidade de Vigilância em Saúde	08		
Central de Regulação de Serviços de Saúde	01		
Laboratório de Saúde Pública	01		
Secretaria de Estado da Saúde	01		
Centro de Atenção Psicossocial	04		

Fonte: Ministério da Saúde-Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/2009

A rede de saúde do Amapá disponibiliza para a população 742 leitos para internação, distribuídos na rede pública e privada, conforme. Tabela 5, de acordo com a gestão estadual, municipal e privada.

Tabela 5- Quantidade de leitos por tipo de gestão

Leitos por tipo de gestão	Quantidade
Leitos para internação sob Gestão Pública estadual	423
Leitos para internação sob Gestão Pública Municipal	40
Leitos para internação sob Gestão Privada	183
Leitos para internação sob Gestão Privada conveniada com o SUS	127

Fonte: IBGE, Situação da Assistência Médica Sanitária 2005; IBGE, 2006.

O arsenal tecnológico disponível para auxiliar no diagnóstico e recuperação da população se apresenta deficiente concentrado ainda na capital, com alguns serviços disponibilizados somente nos estabelecimentos de saúde privados. Tabela 6

Tabela 6 - Equipamentos disponibilizados na rede de saúde

Equipamento	Quantidade disponível
Mamógrafo	06
Raio X para densitometria óssea	02

Tomógrafo	03
Raio X até 100mA	12
Raio X de 100 a 500mA	16
Raio X mais de 500mA	02
Ressonância magnética	00
Ultrassom	12
Eletrocardiógrafo	19
Eletroencefalógrafo	05

Fonte: IBGE, Assistência Médica Sanitária 2005.

Os indicadores de natalidade são de 27,96%, mortalidade de adultos de 4,77% , mortalidade infantil de 22,5% , óbitos neonatais precoce de 60,5% (IBGE,2009).

Quanto à morbidade podemos observar que o grupo de causas ligadas a gravidez, parto e puerpério constituem a primeira causa de internação hospitalar no Amapá. O segundo grupo de causas se refere às doenças do aparelho respiratório. Na seqüência, aparecem as internações por algumas doenças infecciosas e parasitárias com 9,43%. Em seguida doenças do aparelho geniturinário 6,25% e doenças do aparelho digestivo 6,02%. Quadro 4.

Quadro 4 – Morbidade Proporcional por Grupo de Causas, Amapá, 2000 a 2006.

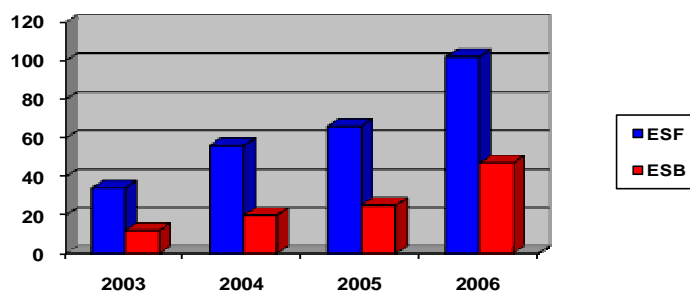
Diagnóstico	PERÍODO					Total
	2002	2003	2004	2005	2006	
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2.247	2.459	3.795	3.536	3.205	15.242
II. Neoplasias (tumores)	335	308	498	504	593	2.238
III. Doenças sangue e transtornos imunitários	132	118	216	195	205	866
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	715	495	655	544	537	2.946
V. Transtornos mentais e comportamentais	196	61	195	103	81	636
VI. Doenças do sistema nervoso	193	115	137	153	146	744
VII. Doenças do olho e anexos	15	5	15	5	2	42
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	11	4	2	4	7	28
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.060	977	1.336	1.310	1.428	6.111
X. Doenças do aparelho respiratório	2.684	2.796	4.014	3.018	3.043	15.555
XI. Doenças do aparelho digestivo	1.840	1.566	2.148	1.911	2.047	9.512
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	120	102	194	179	210	805
XIII. Doenças do Sistema osteomusculares e do Tecido Conjuntivo	404	319	465	360	386	1.934
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1.770	1.507	2.095	1.755	2.125	9.252

XV. Gravidez, parto e puerpério	13.985	12.440	13.907	12.650	15.217	68.199
XVI. Algumas afecções originadas no Peri-natal	553	682	552	435	521	2.743
XVII. Malformação Congênita cromossômica	151	269	336	302	224	1.282
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais ex clínic e laborat	677	1.088	1.224	810	785	4.584
XIX. Lesões, envenenamento e outras conseqüências de causas externas	1.616	1.383	1.691	1.717	2.043	8.450
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3	0	1	0	0	4
XXI. Contatos com serviços de saúde	1.491	884	1.163	1.019	1.165	5.722
Não preenchido	0	2.668	0	0	3	2.671
Total	30.198	30.246	34.639	30.510	33.973	159.566

Fonte: DATASUS/2006

O Programa Saúde da Família-PSF está presente em 15 municípios do Estado, sendo composto por equipes multiprofissionais de no mínimo 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar ou técnico de enfermagem e 06 agentes comunitários de saúde. A evolução das equipes de Saúde da Família no Estado do Amapá desde 2003 é demonstrada na Figura 2.

Figura 2 – Evolução do Programa saúde da Família Amapá



Fonte:DAB/MS.

A cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – ACS e Programa de Saúde da Família – PSF no Estado do Amapá é significativa atingindo indicadores próximos de 100% e está presente em todo o território.

5.2 AVALIAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DA DESCENTRALIZAÇÃO

No estudo de avaliação do processo de descentralização do sistema de saúde amapaense, foram analisados os instrumentos de planejamento da gestão: o Plano Estadual de Saúde 2008-2011, os Termos de Compromisso de Gestão, o Plano Diretor de Regionalização, o Plano Diretor de Investimento, bem como os Colegiados de Gestão Regional e o Termo de Referência Intermunicipal.

Foi feita a análise desses documentos com a observação da forma de construção de seus elementos, apreciação e aprovação pelas instâncias deliberativas.

Durante a análise constatou-se algumas informações que necessitaram de esclarecimentos, o que foi feito junto aos setores de planejamento e gestão da Secretaria de Estado da Saúde, Regionais de Saúde e Secretarias Municipais

5.2.1 O PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2008-2011

No estudo de avaliação da descentralização do sistema de saúde do Amapá, foi constatado que o instrumento orientador do planejamento, o Plano Estadual de Saúde 2008-2011 existe e foi construído de forma participativa conforme diretrizes do Pacto pela Saúde. Participaram da sua elaboração, técnicos das diversas áreas da saúde, gestores municipais e segmentos da sociedade representados no Conselho Estadual de Saúde.

Foram identificados os problemas e realizado o estabelecimento das prioridades para então traçar estratégias, diretrizes, objetivos e metas para o período de quatro anos, buscando a garantia da promoção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde.

Observou-se que o Plano Estadual de Saúde foi construído levando-se em consideração as diretrizes do Pacto pela Saúde-2006 e a V Conferência Estadual de Saúde do Amapá que ocorreu no período de 23 a 26/10/07. Foram observadas as facilidades e dificuldades apontadas pelas diversas áreas visando à organização da rede de serviços e da gestão da saúde garantindo aos usuários o acesso de forma integral às ações e serviços de saúde.

Para a elaboração do Plano Estadual de Saúde foram incluídas as informações de saúde a partir da:

- Análise situacional de Saúde;

- Incorporação das propostas da V Conferência Estadual de Saúde do Amapá;
- Prioridades nacionais definidas pelo Ministério da Saúde no Plano Nacional de Saúde e o Pacto pela Saúde;
- Análise com áreas técnicas onde foram definidas prioridades e estratégias de ação;
- Termo de Compromisso de Gestão Estadual (TCGE).

5.2.2 OS TERMOS DE COMPROMISSOS DE GESTÃO ESTADUAL E MUNICIPAL

Em cumprimento a diretriz do Pacto pela Saúde procedeu-se a pactuação do Termo de Compromisso de Gestão Estadual em 2006, através da Resolução da CIB nº 38/06, de 27 de outubro de 2006, devidamente aprovada no Conselho Estadual de Saúde pela Resolução nº007/06-CES.

Anualmente são realizadas revisões para monitoramento e avaliação de suas propostas. A primeira ocorreu em 2007, com aprovação pela Resolução da CIB nº 10/07, de 27 de abril de 2007 e CES nº 002/07, de 27 de abril de 2007.

Quanto aos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, os mesmos foram elaborados e assinados pelos municípios de Macapá, Pracuuba, Calçoene, Laranjal do Jari, Tartarugalzinho, Ferreira Gomes e devidamente aprovados pela CIB.

O município de Oiapoque submeteu seu Termo de Compromisso de Gestão Municipal à apreciação pela CIB somente em 2010, estando aguardando deliberação.

Os municípios de Santana, Porto Grande, Mazagão, Vitória do Jari, Itaubal, Cutias, Serra do Navio, Pedra Branca do Amapari e Amapá ainda não apresentaram seus Termos de Compromisso de Gestão.

5.2.3 O PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO

Após análise documental observou-se que o Plano Diretor de Regionalização em vigência ainda está baseado nas orientações da NOAS/SUS-01/2001.

O processo de organização da regionalização iniciou com a formação de uma equipe de trabalho da Secretaria de Estado da Saúde para estudo e implantação da NOAS-SUS-01/01, constituído por profissionais do Planejamento, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Regional de Saúde.

Foi elaborada a proposta de um desenho de regionalização que foi discutida com a equipe de Controle e a Avaliação e o Presidente do COSEMS, onde foram identificados alguns pontos de estrangulamento e realizados os devidos ajustes. Em seguida ficou definido a realização do 1º Encontro de Gestores Municipais de Saúde (Prefeitos e Secretários) sobre a NOAS e apresentação da proposta do PDR/AP com a participação de técnicos do Ministério da Saúde das áreas da Atenção Básica e da Secretaria de Assistência à Saúde, o que ocorreu em 2002.

A partir desse evento o processo ocorreu nas seguintes fases:

- 1.º) Definida a proposta do modelo de regionalização, apresentou-se a CIB/AP e ao Conselho Estadual de Saúde para apreciação e aprovação.
- 2.º) A equipe da Secretaria de Estado da Saúde, realizou reunião com os gestores municipais (Prefeitos e Secretários) dos módulos assistenciais para discussão e aprovação;
- 3.º) Após aprovação dos gestores, a equipe da SESA passou a assessorar e acompanhar os municípios na elaboração da Agenda Municipal de Saúde, Plano Municipal de Saúde, Quadro de Metas, Estratégia de Implantação do Cadastro do Cartão SUS, Relatório de Gestão de 2000 e Programação Pactuada Integrada – PPI/2001, com definições de parâmetros assistenciais, análise de fluxo de referências, estabelecendo critérios para organização das ações e serviços de Atenção Básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância sanitária e epidemiológica e a partir daí apresentar proposta final do PDR com a identificação dos serviços disponíveis por base territorial e módulo e a necessidade de investimento para garantir a implantação da NOAS/2001.

Como produto desse intenso trabalho o Plano Diretor de Regionalização foi construído com as seguintes características:

Região de Assistência à Saúde

O Estado foi caracterizado como uma Região, ficando a Secretaria de Estado da Saúde com a gestão e a gerência dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde de Alta Complexidade e referência estadual dos sistemas de gestante de alto risco, urgência e emergência.

Micro-região de Saúde

As Microrregiões foram constituídas por um conjunto de municípios ou por módulos com compromisso firmado entre os Municípios e Estado para garantia do acesso de toda a população residente nesse espaço territorial, com sede em um município pólo realizando um conjunto de ações e serviços.

Módulo Assistencial de Saúde

Constituiu-se em uma área territorial que tem as condições de resolubilidade, formado por um ou mais municípios, tendo no município sede capacidade instalada para realizar a Atenção Básica e Média Complexidade, com ações de serviços suficiente para atender sua população e a dos municípios adscritos.

Unidade Territorial de Assistência Básica

Corresponde a base territorial do município, que garantirá a assistência a saúde apresentando um conjunto de ações e serviços, com estratégias mínimas de Atenção Básica.

Foram pontos determinantes para caracterização do modelo de regionalização:

- a) Acesso intermunicipal, tendo como sede a convergência e a contigüidade, considerando as vias fluviais, rodovias e ferrovias.
- b) Existência da estrutura física de Estabelecimento Assistencial de Saúde que possibilite realizar reformas e adaptações para implementar e/ou implantar serviços nas quatro clínicas básicas.
- c) Análise da situação de saúde (perfil social, demográfico, epidemiológico, capacidade instalada, fluxos de usuários e situação geográfica).
- d) Área fronteiriça, integrante da Transguianense, em que os investimentos estão definidos e com população indígena acentuada.
- e) Disposição dos Gestores Municipais (Prefeitos e Secretários de Saúde) com vista em pactuarem a organização dos serviços para o sistema de referência.

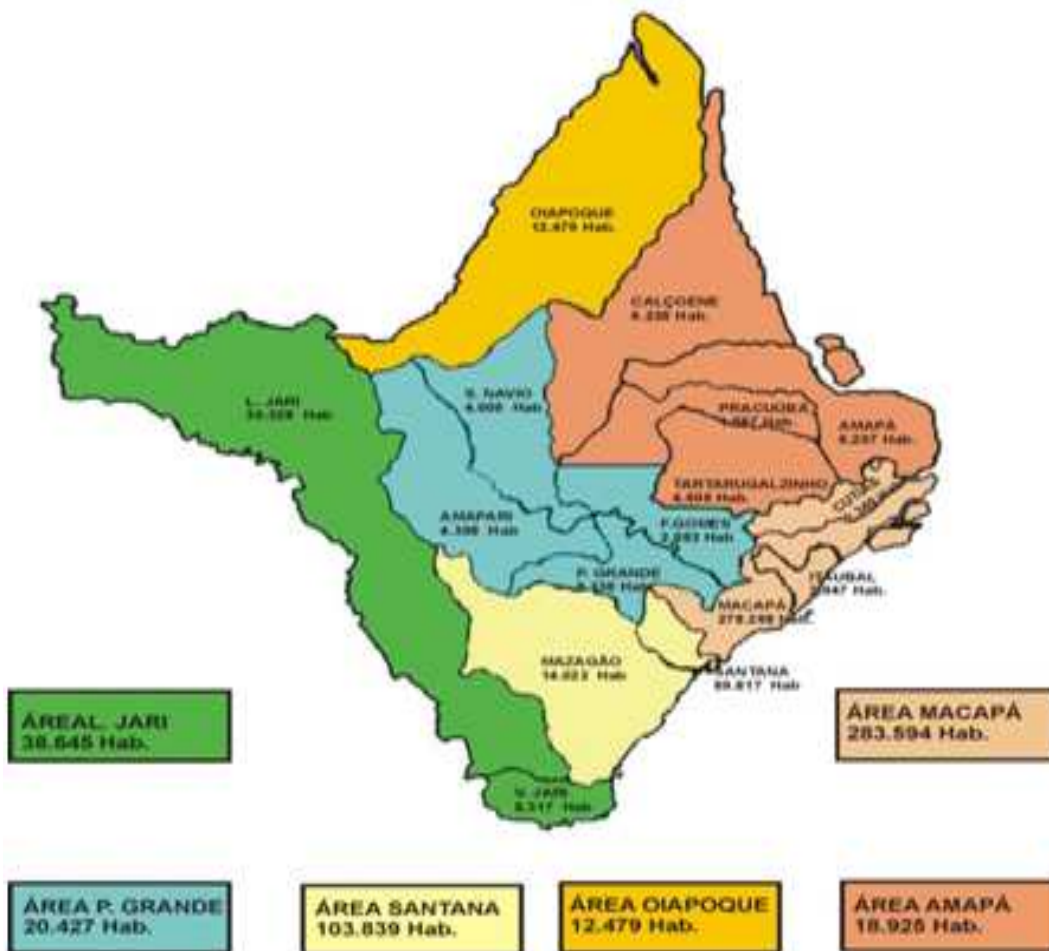
Seguindo as orientações da NOAS/2001 estabeleceram-se as diretrizes de Organização das Micro-regiões/ Módulos Assistenciais de Saúde:

1. Todos os municípios devem oferecer Atenção Básica, cuja estratégia é a Saúde da Família, tendo um Estabelecimento Assistencial de Saúde que ofereça assistência ao parto e ao recém-nascido, de forma que não sobrecarreguem a sede do módulo.
2. Os municípios devem viabilizar um sistema de apoio diagnóstico no mínimo como posto de atendimento básico, realizando coletas, urinálise, hematologia, microbiologia (pesquisa de B.A.A.R) , Bioquímica (Glicemia).
3. Os municípios-satélites que possuem os serviços que a sede da Micro-região/ Módulo irá oferecer permanecerão com os serviços. Não serão fechados serviços existentes, mesmo que não esteja previsto para aquela Micro-região/ Módulo.
4. As intervenções nas estruturas físicas serão prioritárias para as sedes das Micro-regiões/Módulos a fim de instalar os serviços que terão cobertura na área, bem como criar incentivos para interiorizar os profissionais de saúde necessários.
5. Pactuação permanente entre os Gestores Municipais coordenado pelo Gestor Estadual no processo integração de serviços oferecidos no Módulo e entre as Micro-regiões.
6. As sedes das Micro-regiões/Módulos em que os Gestores não assumirem a Gerência da Unidade Mista, a Secretaria Estadual de Saúde continuará gerenciando até que se viabilize o plano de repasse dessas unidades ao município, o mesmo ocorrendo com os municípios na Gestão da Atenção Básica.
7. O Tratamento Fora de Domicílio (TFD) intermunicipal deverá ser regulado para que sejam garantidos os serviços dos usuários referendados, ficando o TFD interestadual com responsabilidade da SESA.

Desse intenso processo resultou o mapa da regionalização da saúde no Estado que ficou dividido em seis microrregiões conforme Figura 3

- 1) Microrregião de Amapá: formado pelos municípios de Amapá, Tartarugalzinho, Pracuúba, Calçoene, cujo município sede é Amapá.
- 2) Microrregião de Oiapoque: formado pelo município de Oiapoque;
- 3) Microrregião de Santana: formado pelos municípios de Santana e Mazagao, cujo município sede é Santana.
- 4) Microrregião de Macapá: formado pelos municípios de Macapá, Cutias e Itaubal, cujo município sede é Macapá.
- 5) Microrregião de Laranjal do Jarí: formado pelos municípios de Laranjal do Jarí e Vitoria do Jarí, cujo município sede é Laranjal do Jarí.
- 6) Microrregião de Porto Grande: formado pelos municípios de Ferreira Gomes, Porto Grande, Pedra Branca do Amapari e Serra do Navio, cujo município sede é Porto Grande.

Figura 3- Mapa da Regionalização da Saúde/2001



Fonte: Plano Diretor de Regionalização da Saúde/2001

5.2.4 OS COLEGIADOS DE GESTÃO REGIONAL

Visando atender as diretrizes do Pacto pela Saúde/2006 foram criados três Colegiados de Gestão Regional:

COLEGIADO DA REGIÃO NORTE: formado por representantes dos municípios de Oiapoque, Calçoene, Amapá, Tartarugalzinho e Pracuuba.

COLEGIADO DA REGIÃO CENTRAL: formado por representantes dos municípios de Serra do Navio, Amapari, Porto Grande, Ferreira Gomes, Itaubal, Cutias e Macapá.

COLEGIADO DA REGIÃO SUDOESTE: formado por representantes dos municípios de Santana, Mazagao, Vitoria do Jarí e Laranjal do Jarí.

Os Colegiados de Gestão Regionais estão discutindo com os municípios, seus problemas, potencialidades, fragilidades e necessidades em relação à saúde da população local para então propor pactuações intermunicipais. Para a reorganização das regiões há uma proposta mais racional, formada por três regiões de saúde, com o objetivo de otimizar recursos tecnológicos, financeiros e de infra-estrutura.

Esta reorganização da regionalização da saúde está sendo construída pelos Colegiados de Gestão Regional formado por representantes dos municípios com assessoria técnica da Secretaria Estadual de Saúde.

5.2.5 O PLANO DIRETOR DE INVESTIMENTO (PDI)

Para viabilizar a implementação do PDR, foi construído o Plano Diretor de Investimentos - PDI. Foram identificadas as prioridades de intervenção em relação à estrutura física, equipamentos e recursos humanos em cada microrregião, módulos assistenciais e municípios sede, visando construir um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde dentro do Estado do Amapá.

Devido à insuficiência de recursos financeiros para a área de investimento dentro do setor saúde, o PDI foi submetido à apreciação das lideranças políticas do Estado visando à captação de recursos financeiros através de Emendas Parlamentares. Porém, um dos fatores para sua inexecução foi a elaboração de projetos pelos parlamentares incompatíveis com as prioridades de intervenção e com as reais necessidades do Estado.

O Plano Diretor de Investimento encontra-se em fase de revisão tendo em vista as novas orientações do Pacto pela Saúde e uma nova proposta de organização das regiões de saúde no Estado.

A nova proposta de regionalização da saúde está sendo conduzida pelos Colegiados de Gestão Regional e debatida com os secretários e prefeitos municipais, com a assessoria técnica da área de planejamento da Secretaria de Estado da Saúde

5.2.6 O PROCESSO DE REFERÊNCIA INTERMUNICIPAL

Nesse estudo constatou-se que o processo de referência intermunicipal está em fase de construção com os Colegiados de Gestão Regional que juntamente com a assessoria técnica buscavam a organização do fluxo de usuários das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica.

Observou-se que não há ainda assinatura do Termo de Compromisso para garantia de acesso. A logística de transporte sanitário e comunicação necessária entre os municípios que compõem uma região de saúde ainda são inexistentes.

Quanto à comunicação é importante observar que há deficiência tanto na telefonia móvel quanto na convencional em todos os municípios. A internet nos interiores não existe e na capital é deficiente o que certamente dificulta a comunicação entre os municípios que necessitam desse meio de comunicação para trocar informações e agilizar o deslocamento de usuários dos serviços de saúde.

5.2.7 OS RELATÓRIOS DE GESTÃO

O estudo apontou que nenhum município conseguiu finalizar os Relatórios de Gestão dos municípios e encaminhar para apreciação e aprovação pelos seus respectivos Conselhos de Saúde. A maior dificuldade esteve no fechamento do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS) para prestação de contas dos recursos empregados na saúde.

Observou-se também o desinteresse dos gestores municipais em cumprir os prazos estabelecidos para elaboração dos Relatórios Anuais de Gestão e a incapacidade técnica da gestão municipal para elaborar os instrumentos de avaliação da gestão.

Foi constatado que alguns municípios estavam sem Conselhos de Saúde devidamente constituídos.

O Relatório de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde referente ao exercício de 2009 foi concluído. No entanto, ainda não foi apreciado e aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde.

5.2.8 AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE

Após análise de alguns indicadores pactuados no SISPACTO nas prioridades do Pacto pela Vida, Pacto pela Gestão e outros indicadores de acesso observou-se o desempenho demonstrado na tabela 7.

Tabela 7- Desempenho dos Indicadores de saúde

Prioridade	Indicador	Desempenho			Meta Estadual 2009
		2007	2008	2009	
Controle de câncer de colo de útero	Razão entre exames citopatológicos do colo uterino na faixa etária de 25 a 59 anos e a população alvo	0,13	0,07	0,11	0,30
Consultas médicas nas especialidades básicas	Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	-	1,40	2,66	1,0
Aprovação dos Relatórios de Gestão	Proporção de Estados e Municípios com Relatórios de Gestão aprovados no Conselho Estadual de Saúde e Conselho Municipal de Saúde	-	0%	0%	100%
Fortalecimento da atenção básica	Proporção da população cadastradas pela estratégia saúde da família	57,60	64,60	67,94	60,0 %
Responsabilidade na área da gestão do SUS	Percentual de Colegiados de Gestão Regional constituídos	-	-	100	100%

Fonte: Relatório de Gestão/Secretaria Estadual de Saúde, 2009.

Após análise crítica dos indicadores, observou-se que no controle do câncer de colo uterino não houve crescimento na proporção de exames na população alvo em 2009. A meta alcançada ficou muito inferior a meta pactuada..

Após investigação de quais foram as dificuldades que levaram a não alcançar a meta pactuada, foi informado por técnicos da área de planejamento da SESA que os

municípios não possuem serviço de citopatologia dentro de sua estrutura, nem contratam esses serviços de estabelecimentos de saúde privados. Entretanto de forma complementar o Estado supriu essa deficiência realizando ações de saúde itinerantes através do "Projeto Saúde em Ação", cujos registros não foram lançados no Sistema de Informação do Câncer de Colo Uterino (SISCOLO) em face de que as informações não foram repassadas ao município para que os mesmos fizessem o lançamento no referido sistema.

Quanto ao número de consultas médicas nas especialidades básicas houve superação da meta pactuada que foi de 01 consulta/habitante. A média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas atingiu 2,66 no ano de 2009. Isso demonstra que a população teve mais acesso a consultas nas especialidades básicas.

No que se refere ao fechamento e aprovação dos Relatórios de Gestão dos municípios do Estado do Amapá no ano de 2009, nenhum município conseguiu fechar seus relatórios de gestão e, por conseguinte encaminhar para apreciação e aprovação pelos seus respectivos Conselhos de Saúde. Sendo que a maior dificuldade está no fechamento do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS) para prestação de contas dos recursos empregados na saúde.

Observou-se também o desinteresse dos gestores municipais em cumprir os prazos para elaboração dos Relatórios Anuais de Gestão e a incapacidade técnica da gestão municipal para elaborar os instrumentos de avaliação da gestão, com alguns municípios inclusive sem Conselho de Saúde devidamente formado.

Na análise do indicador selecionado para avaliar o fortalecimento da Atenção Básica, notou-se que houve o aumento na proporção da população cadastrada pelas equipes da estratégia Saúde da Família, atingindo 67% , superando a meta pactuada em 2009 , que foi de 60% para todo o estado, ampliando assim a cobertura de famílias assistidas pela estratégia da saúde da família.

No âmbito das responsabilidades da gestão do SUS, quanto a implantação de Colegiados de Gestão Regional houve cumprimento das metas em face da aplicação de recursos financeiros específicos para essa finalidade, alcançando a meta de 100% de colegiados implantados em 2009.

6.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de descentralização baseado na habilitação para Estados e Municípios conforme estabelecido na NOB SUS 01/96 e na NOAS/2002 fica extinto com o Pacto Pela Saúde 2006 e passa a vigorar o Termo de Compromisso de Gestão, no entanto, no Amapá o modelo de descentralização em vigência ainda está baseado nas orientações da NOAS/2001.

Esse estudo demonstrou que não houve concretização de uma nova estrutura de regionalização da saúde baseada nas orientações e diretrizes do Pacto pela Saúde. Ficou evidente a morosidade na operacionalização do processo de descentralização/regionalização das ações e serviços de saúde no Estado do Amapá, quando se analisa o lapso temporal entre a publicação do Pacto pela Saúde que ocorreu em fevereiro de 2006, até os meados de outubro de 2010, portanto ultrapassando quatro anos.

Notou-se que o obstáculo encontrado na arena dos municípios para a não construção dos instrumentos de planejamento e organização da saúde municipal é a falta de profissionais de saúde devidamente qualificados na área de gestão, sendo necessário o deslocamento ou a disponibilização de assessoria técnica especializada por parte da SESA aos municípios.

Quanto à efetivação da elaboração e execução do Plano diretor de Regionalização, apesar da constituição dos Colegiados de Gestão regional, observou-se a dificuldade para construir a regionalização da saúde conforme as novas orientações do Pacto pela Saúde em razão da incompreensão da nova proposta e da dificuldade de transporte e comunicação entre os municípios que compõem os colegiados.

Observou-se a que é forte a incapacidade dos municípios na área de gestão, seja por deficiência quantitativa e qualitativa de técnicos para elaborar os instrumentos de planejamento das ações e serviços de saúde, seja na capacidade física e tecnológica instalada nos municípios e conseqüentemente a demora nas resoluções dos problemas locais de saúde gerando uma grande migração de pacientes para a capital do Estado.

Existe uma grande dificuldade para elaboração dos Relatórios de Gestão dos municípios em face de falta de profissionais de saúde com conhecimento técnico para a operacionalização do Sistema de Informação do Orçamento em Saúde.

Quanto à análise dos indicadores de acesso selecionados observou-se que a disponibilidade de exames citopatológicos para prevenção do colo uterino, cuja

responsabilidade é do município, pois se trata de uma ação da atenção básica estava comprometida em razão de não existir esses serviços na rede municipal de saúde.

Positivamente observou-se a ampliação da cobertura de consultas médicas nas especialidades básicas e da Estratégia da Saúde da Família no ano de 2009, o que certamente configurou melhorias no acesso aos serviços de saúde pela população.

A prática cotidiana de gestão do Sistema Único de Saúde, em qualquer nível de governo, seja federal, estadual ou municipal, coloca um enorme desafio aos gestores no sentido de identificar e selecionar conhecimentos, métodos, técnicas e instrumentos de trabalho que os ajudem a tomar decisões e a conduzir o processo de implementação de políticas, planos, programas e ações de saúde sob sua responsabilidade.

O enfrentamento desse problema exige do gestor e de sua equipe um esforço na apropriação de informações relevantes para a melhoria do desempenho institucional de sua organização, a devida qualificação técnica, apoio financeiro e, sobretudo de vontade política para executar políticas públicas de saúde eficientes e resolutivas proporcionando o acesso integral, garantindo a equidade e universalidade no atendimento conforme preceitos constitucionais do SUS.

Observou-se que as normas ministeriais são, em geral, abrangentes e minudentes, muitas vezes não permitindo uma reinterpretação nos níveis subnacionais de governo para adequá-las às realidades regionais e locais, ou seja, há pouco espaço para a diversidade na unidade, que é marca fundamental dos regimes federalistas e os “brasis reais”, muitas vezes, não cabem na normativa ministerial centralizadora.

Apesar da dificuldade de compreensão sobre a regionalização e redes de atenção à saúde compartilhada e regionalizada conforme orientações do Pacto pela Saúde houve a adesão e comprometimento dos Secretários Municipais para realizar a descentralização dos serviços de saúde. No entanto, o estudo em questão reforça a necessidade dos gestores municipais e demais atores envolvidos no processo de construção do SUS no Amapá, receberem a qualificação técnica e o investimento necessário para adotar as intervenções nas áreas de planejamento, organização e pactuação da rede de serviços de saúde amapaense.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Caderno de Informações de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2006.

ALENCAR, F. et al. **História da Sociedade Brasileira**. 3ª Edição. Rio de Janeiro, 1985.

AKI, E. **Políticas Públicas de Saúde: uma breve reflexão**. Revista Pharmacia Brasileira, Nov/Dez 2003, Janeiro de 2004.

ANDRADE, L; BARRETO, I . **Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; MIRANDA, Ary Carvalho de (Orgs.). Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

ARRETCHE, M. **A Política da Política de Saúde no Brasil**. in: Lima, N.T, Gerschman S; Edler F.C; Suárez , J.M, orgs. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

BERTOLLI, C. **História da Saúde Pública no Brasil. São Paulo**. 4ª Ed. São Paulo: Ática, 2008

BOSSERT, T.; LARRAÑAGA, O; MEIR, F. R. *Decentralization of health systems in Latin América*. Rev. Panamericana de Salud Pública, n. 8, p. 84-92, 2000

BRAGA, J. C; PAULA, S. G. **Estudos de Política Social**. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1987.

BRASIL. **O SUS que queremos: sistema nacional de saúde ou subsector público para pobres?** Ciência & Saúde Coletiva, v. 8, n. 2, p. 346-352, 2003.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília: Diário Oficial da União; 1990.

_____. **Lei nº 1990, Lei 8.142, de 29 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS – e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

_____. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva; Organização e funcionamento.** 2ª Ed. Brasília. Ministério da Saúde, 2007

_____. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência a saúde.** Brasília. Ministério da Saúde, 2006

_____. **Mais saúde: direito de todos: 2008-2011.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Sistema Único de Saúde.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

_____. **Resolução N° 258, de 07 de janeiro de 1991.** Aprova a Norma Operacional Básica / SUS n° 01/91. Brasília: Diário Oficial da União, 1991.

_____. **SUS: Avanços e desafios.** Brasília: CONASS/Progestores, 2006.

_____. **Legislação do SUS.** Brasília: CONASS, 2003.

_____. **Para entender a gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2003.

_____. **Portaria n° 454, de 20 de maio de 1993.** Aprova a Norma Operacional Básica / SUS n° 01/93. Diário Oficial da União, Brasília, 24 de maio de 1993.

_____. **Descentralização das ações e serviços de saúde. A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei.** Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. **Portaria n° 1.742, de 30 de agosto de 1996.** Aprova a Norma Operacional Básica / SUS n° 01/93. Diário Oficial da União, Brasília, 02 de setembro de 1996.

_____. **ABC do SUS: Doutrinas e Princípios.** Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Brasília, 1990.

_____. **Para entender o pacto pela saúde.** Brasília: CONASS, 2006.

_____. **Para entender a gestão do SUS.** Brasília: CONASS/Progestores, 2003.

_____. **Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde.** 2006.

_____. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes.** 2002.

_____. **Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2004.

_____. **CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE.** Brasília. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1987.

CORDEIRO, H. **Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde.** Revista Ciencia & Saude Coletiva, 2001.

CORDEIRO, H. **O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS.** Physis, n. 14, v. 2, 2004.

CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: Ayuri Editorial Ltda, 1991.

SCOREL, S *et al.* **As origens da reforma sanitária e do SUS.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

FREEMAN, R. MORAN, M.. *Reforming Health Care in Europe, In Ferrera M, & Rhodes, M. Recasting European Welfare states. London, Frankcass, 2000*

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S.. **Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise.** In : EIBENSCHUTZ, C. (org.). *Política de saúde: o público e o privado.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

GOLDMAN, Emma. **O indivíduo, Sociedade o Estado, e outros ensaios.** São Paulo: Editora HEDRA, 2007.

JUNIOR, J. Cretella. **Comentários à Constituição-1988.** 1ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993)

LECOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas.** Revista Ciência Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, 2001, p. 269-291.

LEWIS, M. ; MEDICI, A.. **Health Care Reform in Brazil.** In : CRUZ-SACO, M. A. &MESA-LAGO, C. (ed.). *Do Options Exist? The Reform of Pension and Health Care Systems in Latin America.* Pittsburgh : University of Pittsburgh Press, 1998.

LIMA, N. T; FONSECA, C; HOCHMAN, G. **A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

LUCCHESE, Patrícia. **Políticas Públicas em Saúde.** Biblioteca virtual em saúde. 2004. Acesso em 07 de maio de 2008.

MACHADO R; Loureiro A; LUZ R & Muricy. **Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Editora Graal. Rio de Janeiro, 1978.

MÉDICE A.C. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1994

MÉDICI, A. C. **Saúde : modelos de gestão descentralizada. Alternativas para o Brasil.** In VELLOSO, J. P. R., ALBUQUERQUE, R. C.& KNOOP, J. (coords.). *Políticas sociais no Brasil : descentralização, eficiência e equidade.* Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Altos Estudos-Instituto Latino-Americano de Desenvolvimento Econômico e Social, 1995.

MELO, M. **Anatomia do fracasso: intermediação de interesses e a reforma das políticas sociais na Nova República.** Dados, Rio de Janeiro, 1993.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde.** Hucitec, 1994.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS: tomo II.** Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001.

MENDES, E. V. **A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local.** In: Mendes EV (Org.). *A organização da saúde no nível local.* São Paulo: HUCITEC;1998.

MENDES, E.V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveria saber sobre essas organizações complexas.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

OLIVEIRA, Jr. **Desafios do planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas.** RAP Rio de Janeiro 40(1): 273-88, Mar./Abr. 2006

PAIM, J. **Saúde: política e reforma sanitária.** Salvador: Casa da Qualidade/ISC UFBA; 2002.

POLIGNANO, M. V. **História das Políticas Públicas no Brasil: uma pequena revisão.** Disponível em: <[HTTP://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf](http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf)>. Acesso em 23 de agosto de 2010.

POSSAS, C. **A articulação público-privado e o cuidado com a saúde dos pobres: implicações das políticas de ajuste estrutural na América Latina.** In : EIBENSCHUTZ, C. (org.). Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Oswaldo Cruz, 1995.

ROCHA, J. S. Y. **O movimento da reforma sanitária brasileira. Previdencia** Dados. V. 3, n. 2, 1988.

ROEMER, M. **National Health Systems of the World: the issues.** New York: Oxford University Press, 1993.

ROSSI, S.. **A Construção do Sistema de Saúde no Brasil.** São Paulo, 1980.

SEMINÁRIO INTERNACIONAL TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS. **Relação entre níveis de governo na gestão dos sistemas de saúde.** Oficina nº. 2, São Paulo, agosto de 2002.

TEIXEIRA, C. **A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços.** Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.27, n. 65, p. 257-277, set/dez 2003.

TEIXEIRA, S.. **Política de Saúde na Transição Conservadora.** Ver. Saúde Debate. N. 26, 1989.

TESTA, M. **O pensamento estratégico em saúde.** In: URIBE RIVERA, Francisco Javier (Org.). Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1992.

UGÁ M. **Ajuste estrutural, governabilidade e democracia.** Em: Gerschman S, ViannaMLW, orgs. A miragem da pós modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Pp. 81-100. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.

WHITEHEAD, M. *The concepts and principles of equity in health.* *International Journal of Health Services*, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2000: health systems, improving performace.** Geneva; WHO; 2000.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)