

# A ATENÇÃO BÁSICA QUE QUEREMOS



**CONASEMS**

Conselho Nacional de  
Secretarias Municipais de Saúde



# A ATENÇÃO BÁSICA QUE QUEREMOS

# Expediente



**Antônio Carlos Figueiredo Nardi**  
Presidente

**Aparecida Linhares Pimenta**  
Vice-Presidente

**Alexandre José Mont'Alverne Silva**  
Vice-Presidente

**Lucélia Borges de Abreu Ferreira**  
Diretora Administrativa

**Paulo Faria do Vale**  
Diretor Administrativo – Adjunto

**Antonio Carlos de Oliveira Júnior**  
Diretor Financeiro

**Marina Sidinéia Ricardo Martins**  
Diretora Financeira – Adjunto

**Celso Luiz Dellagiustina**  
Diretor de Comunicação Social

**Afonso Emerick**  
Diretor de Comunicação Social – Adjunto

**Gustavo Couto**  
Diretor de Descentralização e Regionalização

**Roseana Maria Barbosa Meira**  
Diretora de Descentralização e Regionalização – Adjunto

**Maria Adriana Moreira**  
Diretora de Relações Institucionais e Parlamentares

**Fredson Pereira da Silva**  
Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares – Adjunto

**José da Silva Monteiro**  
1º Vice-Presidente Regional – Região Norte

2º Vice-Presidente Regional – Região Norte

**Murilo Porto de Andrade**  
1º Vice-Presidente Regional – Região Nordeste

**Pedro Herman Madeiro**  
2º Vice-Presidente Regional – Região Nordeste

**Elizeth Lucia de Araujo**  
1º Vice-Presidente Regional – Região Centro-Oeste

**Andreia Fabiana dos Reis**  
2º Vice-Presidente Regional – Região Centro-Oeste

**Mauro Guimarães Junqueira**  
1º Vice-Presidente Regional – Região Sudeste

**Luiz Carlos Reblin**  
2º Vice-Presidente Regional – Região Sudeste

**Fábia Richter Antunes**  
1º Vice-Presidente Regional – Região Sul

**Karina Kaucharisk**  
2º Vice-Presidente Regional – Região Sul

Conselho Fiscal – 1º Membro

**Joseilson Camarra Silva**  
Conselho Fiscal – 1º Membro – Suplente

**Maria do Horto**  
Conselho Fiscal – 2º Membro

**Irineu Passoldi**  
Conselho Fiscal – 2º Membro – Suplente

**Raul Moreira Molina Barrios**  
Conselho Fiscal – 3º Membro

**Francisca Ederlinda Dias**  
Conselho Fiscal – 3º Membro – Suplente

**Sueli das Graças Alves Pinto**  
Conselho Fiscal – 4º Membro

Conselho Fiscal – 4º Membro – Suplente

**Frederico Marcondes Neto**  
Conselho Fiscal – 5º Membro

**Danuza Carneiro Colares Ciago**  
Conselho Fiscal – 5º Membro – Suplente

**Claudiane Barreto Lamarão**  
Sec. Extraordinária – Atenção à Saúde/Norte

**Lílio Estrela de Sá**  
Sec. Extraordinária – Atenção à Saúde/Nordeste

**Gercilene Ferreira**  
Sec. Extraordinária – Atenção à Saúde/Centro-Oeste

**Rubens Moulin Tannure**  
Sec. Extraordinária – Atenção à Saúde/Sudeste

**Marina Sidinéia Ricardo Martins**  
Sec. Extraordinária – Atenção à Saúde/Sul

**Gilmar Vedovoto Gervasio**  
Sec. Extraordinária – Desc., Regional. e Regulação/Norte

**Porcina dos Remédios G. Trigueiro**  
Sec. Extraordinária – Desc., Regional. e Regulação/Nordeste

Sec. Extraordinária – Desc., Regional. e Regulação/Centro-Oeste

**Ademar Arthur Chioro dos Reis**  
Sec. Extraordinária – Desc., Regional. e Regulação/Sudeste

Sec. Extraordinária – Desc., Regional. e Regulação/Sul

Sec. Extraordinária – Financiamento/Norte

Sec. Extraordinária Financiamento/Nordeste

Sec. Extraordinária – Financiamento/Centro-Oeste

**Gilson Urbano de Araújo**  
Sec. Extraordinária – Financiamento/Sudeste

**Jeronimo Paludo**  
Sec. Extraordinária – Financiamento/Sul

**Juliana Conceição Dias Garcez**  
Sec. Extraordinária – Gestão Trabalho e Educação/Norte

**Solane Maria Costa**  
Sec. Extraordinária – Gestão Trabalho e Educação/Nordeste

**Ludmila de Queiroz Cozac Machado**  
Sec. Extraordinária – Gestão Trabalho e Educação/Centro-Oeste

Sec. Extraordinária – Gestão Trabalho e Educação/Sudeste

**Margarete Menoncin Debértolis**  
Sec. Extraordinária – Gestão Trabalho e Educação/Sul

**Ildenave Mangueiro Trajano**  
Sec. Extraordinária – Prom. Vigilância em Saúde/Norte

Sec. Extraordinária – Prom. Vigilância em Saúde/Nordeste

**Maria Celia Vasconcelos**  
Sec. Extraordinária – Prom. Vigilância em Saúde/Sudeste

**Roberto Ruiz**  
Sec. Extraordinária – Prom. Vigilância em Saúde/Sul

Sec. Extraordinária – Prom. Vigilância em Saúde/C. Oeste

**Ronaldo José Alves dos Reis**  
Sec. Extraordinária Participação e Controle Social/Norte

**Willames Freire Bezerra**  
Sec. Extraordinária – Partic. e Contr. Social/Nordeste

Sec. Extraordinária – Partic e Contr. Social/Centro-Oeste

**Conceição Aparecida Pereira Rezende**  
Sec. Extraordinária – Partic. e Contr. Social/Sudeste

**Tarcísio Crócomo**  
Sec. Extraordinária – Partic. e Contr. Social/Sul

**Raimundo Gerson Silva**  
Sec. Extraordinária – Planej. e Programação/Norte

**Firmino da Silveira Soares Filho**  
Sec. Extraordinária – Planej. e Programação/Nordeste

**Maria Cláudia Gelio M. M. Batista**  
Sec. Extraordinária – Planej. e Programação/C. Oeste

Sec. Extraordinária – Planej. e Programação/Sudeste

**Haroldo Ferreira**  
Sec. Extraordinária – Planej. e Programação/Sul

**Percio Luis Favacho Inajosa**  
Sec. Extraordinária – Município Pequeno Porte/Norte

**Pedro Hermann Medeiro**  
Sec. Extraordinária – Município Pequeno Porte/Nordeste

Sec. Extraordinária – Município Pequeno Porte/C. Oeste

**Andréia Passamani Barbosa Corteletti**  
Sec. Extraordinária – Município Pequeno Porte/Sudeste

Sec. Extraordinária – Município Pequeno Porte/Sul

**Sara Silva Medeiros**  
Sec. Extraordinária – Município Médio Porte/Norte

**Maria Cristina Sette Lima**  
Sec. Extraordinária – Município Médio Porte/Nordeste

**Elenir T. Silva Neves de Carvalho**  
Sec. Extraordinária – Município Médio Porte/C. Oeste

**Odílio Rodrigues Filho**  
Sec. Extraordinária – Município Médio Porte/Sudeste

**Denise Liel**  
Sec. Extraordinária – Município Médio Porte/Sul

**Eduardo Alencar dos Santos**  
Sec. Extraordinária Saúde Indígena/Norte

**Lindinalva Dantas dos Santos**  
Sec. Extraordinária Saúde Indígena/Nordeste

**Nelson José Fernandes**  
Sec. Extraordinária Saúde Indígena/Centro-Oeste

**Juliana Soneghet Louzada**  
Sec. Extraordinária Saúde Indígena/Sudeste

**Kelen Carmo dos Santos**  
Sec. Extraordinária Saúde Indígena/Sul

**Lisete Palma de Lima**  
Sec. Extraordinária Mercosul

**Iolanda Pereira da Silva**  
Sec. Extraordinária de Fronteiras

**Joseane Mota Bonfim**  
Sec. Extraordinária de Acompanhamento do Pacto

**Alzane Adriano Scor**  
Sec. Extraordinária Saúde Bucal

**Maria do Carmo Cabral Carpintero**  
Sec. Extraordinária Saúde Mental

**Raimundo Alves Costa**  
Sec. Extraordinária Amazônia Legal

**Eduardo Novaes Medrado**  
Sec. Extraordinária Amazônia Legal

**Andreia Fabiana dos Reis**  
Sec. Extraordinária Amazônia Legal

**Maria Juraci Andrade Dutra**  
Sec. Extraordinária Direito Sanitário

**Maria da Conceição de Farias Rego**  
Sec. Extraordinária Direito Sanitário

**Jorge Otavio Maia Barreto**  
Sec. Extraordinária Ciência e Tecnologia

**Francisco Isaiais**  
Sec. Extraordinária Assistência Farmacêutica

**Marcelo Gouveia Teixeira**  
Sec. Extraordinária Capitais

**Eliane Chomatas**  
Sec. Extraordinária Urgência e Emergência

Raimundo Bezerra (em memória), Paulo Dantas, José Eri Medeiros, Armando Martinho Bardou Raggio, Gilson Cantarino O'Dwyer, Edmundo Gallo, Gilberto Tanos Natalini, Neilton Araújo de Oliveira, Silvio Mendes de Oliveira Filho, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Silvio Fernandes da Silva, Edmundo Costa Gomes, Helvécio Miranda Magalhães Junior

**Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS**  
Espalanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Anexo, sala 144b  
Brasília/DF – CEP: 70.058-900

## A ATENÇÃO BÁSICA QUE QUEREMOS CONASEMS 2011

ORGANIZAÇÃO:

**Nilo Brêtas Júnior**

EQUIPE DE ELABORAÇÃO:

**Áquilas Mendes**

**Elizabeth Matheus**

**Denise Rinehart**

**Gilson de Cássia Carvalho**

**Marcos Franco**

**Nelson Rodrigues dos Santos**

**Nilo Brêtas Júnior**

**Rodrigo Cesar Faleiro de Lacerda**

**Silvana Leite Pereira**

**Silvio Fernandes da Silva**





# SUMÁRIO

1. Apresentação 5

---

2. Conceitos adotados e atributos da Atenção  
Básica que queremos 8

---

3. Modelo de gestão 18

---

4. Modelo de Atenção à Saúde 27

---

5. Financiamento da Atenção Básica 34

---

Referências Bibliográficas 44

---

6. Notas 47

---

7. Anexo 48

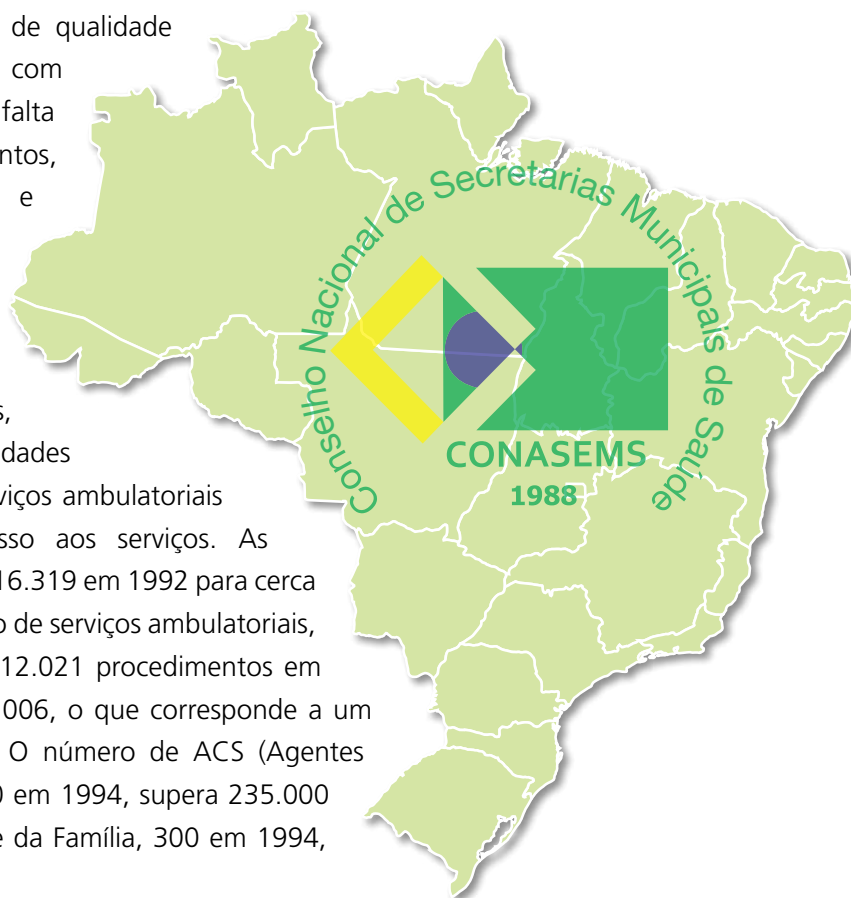
---

# 1. Apresentação

O CONASEMS tem reiteradamente defendido a importância da qualificação da Atenção Básica no SUS para que, entre outras finalidades, ela atenda os requisitos de assumir o papel de coordenadora do cuidado integral em saúde e ordenadora das redes de atenção. Sabemos dos enormes desafios que devem ser superados para tornar realidade esses preceitos. Deve-se ressaltar, no entanto, que modelos prescritivos de uma AB ideal e que não considerem o contexto de implementação do SUS ajudam pouco. O caminho a ser trilhado no sistema público de saúde brasileiro deve considerar os obstáculos estruturais e conjunturais que precisam ser enfrentados e superados se quisermos atingir nossos objetivos.

Além do baixo financiamento público da saúde e da falta de profissionais de saúde em quantidade e com perfis adequados, reiteradamente enfatizados por nós, é importante chamar a atenção para três aspectos que devem ser considerados no presente debate. O primeiro é o de que uma AB de qualidade – que consiga gradativamente consolidar seu papel de coordenadora do cuidado integral à saúde e ordenadora da rede de atenção à saúde – depende da existência de recursos suficientes para atender as necessidades assistenciais da população.

Ou seja, não é possível AB de qualidade e rede de saúde organizada com demanda reprimida e filas, falta de leitos de UTI e medicamentos, brasileiros esperando meses e anos por uma cirurgia eletiva ou superlotando serviços de emergência. Avançamos muito na ampliação da oferta assistencial nas últimas décadas, felizmente, e o aumento de unidades de saúde e de produção de serviços ambulatoriais confirma o aumento do acesso aos serviços. As unidades de saúde passaram de 16.319 em 1992 para cerca de 40.000 em 2008 e a produção de serviços ambulatoriais, segundo o SIA/SUS, de 1.250.612.021 procedimentos em 1996 para 2.404.857.167 em 2006, o que corresponde a um aumento de 92% no período. O número de ACS (Agentes Comunitários de Saúde), 29.000 em 1994, supera 235.000 em 2010 e as equipes de Saúde da Família, 300 em 1994, ultrapassam 35.000 em 2010.



Apesar disso, é fundamental reconhecer que precisamos aumentar mais em muitas áreas. Para exemplificar, o número de consultas médicas realizadas por habitante/ano no SUS situa-se em 2,5 atualmente e, como mostram as evidências internacionais, países com sistemas universais de saúde têm indicadores de produção nessa área superiores a 5. Os argumentos muitas vezes utilizados de que a atual oferta não é adequadamente aproveitada por não estar otimizada, pelo fato dos médicos da AB não usarem evidências científicas em suas condutas ou encaminharem sem necessidade para os especialistas, são verdadeiros. Isso, no entanto, não esconde o fato irrefutável de que oferecemos menos serviços do que a população necessita em muitas áreas de atenção.

Por que isso acontece? Uma das dificuldades evidentes é o baixo financiamento, mas também é importante destacar outra. Nos últimos 20 anos, a principal forma de expandir a oferta assistencial no SUS – pode-se dizer que foi praticamente a única na AB – foi através de indução financeira para os municípios implantarem novas unidades de saúde, novas equipes de saúde da família, SAMU, CEO etc. Como os recursos transferidos são insuficientes e a capacidade de contratação de pessoal pelos municípios tem limites impostos pela legislação, existem indícios de esgotamento dessa forma de expansão. Os gastos municipais em saúde, que já vinham crescendo na década de 1990 e segundo o IBGE e o Banco Central representavam 0,62% do PIB em 2000, continuaram a subir nessa última década, atingindo 1,07% em 2007. Os empregos públicos em saúde, principal componente de gastos de funcionamento dos novos serviços, que em 1980, segundo o IBGE, eram 43.086, perfaziam 997.137 em 2005, o que corresponde a um aumento superior a 2.000% nesse período. As dificuldades nos municípios se expressam de diferentes formas – precarização, questionamentos do Ministério Público do Trabalho etc. – e mesmo que não sejam generalizadas vêm continuamente crescendo.

Isso remete a uma pergunta: Como expandir mais serviços para que supram as necessidades assistenciais nessa lógica? Parece difícil, por isso além de mais recursos financeiros para aumentar a oferta assistencial o SUS precisa buscar novas formas que garantam a continuidade da municipalização sem as fragilidades e constrangimentos atualmente existentes. Revisão do pacto federativo, modificações na Lei de Responsabilidade Fiscal e outras mudanças que reorganizem o Estado devem substituir a indução de ampliação de serviços por mera transferência de incentivos financeiros, pois essa lógica de descentralização está desgastada e se esgotando.

O segundo aspecto diz respeito às condições de planejamento e gestão intergovernamental na regionalização. O Pacto pela Saúde representou um avanço ao propor a revisão dos planos diretores de regionalização e constituir colegiados de gestão nas regiões de saúde, que agregam gestores municipais e estaduais com atribuição de analisar a situação e propor aperfeiçoamento das redes de atenção. Avaliação dos resultados, até o momento, tem apontado avanços localizados, especialmente nas regiões em que os CGR são “empoderados” para propor investimentos e pactuar novas responsabilidades com os envolvidos, melhorando em consequência a governança regional. Na maioria das regiões, no entanto, as mudanças têm sido pouco efetivas, se restringido a medidas burocrático-administrativas. Percebe-se que avanços maiores dependem de vontade



política dos governantes e, por esse motivo, estão insuficientemente institucionalizadas nas políticas públicas relacionadas à regionalização.

Como mudar essa situação, reforçando mecanismos político-institucionais que consolidem os CGR como espaços de planejamento com maior poder para efetivação das pactuações? Como garantir, por exemplo, solidariedade entre esferas de governo no financiamento do investimento e custeio necessário, fazendo com que os esforços de aperfeiçoamento da gestão do cuidado em saúde, da integração entre serviços, se consubstanciem na prática? Evidentemente que existem fatores limitantes – tais como a falta de recursos financeiros que atinge todas as esferas de governo -, mas ajudaria muito se os gestores da União, estaduais e municipais partilhassem dos mesmos objetivos. Para isso, o CONASEMS tem defendido reforço dos mecanismos político-institucionais para a regionalização da saúde através de contratos entre os entes públicos para concretizar pactuações, compromissos e responsabilidades. Seria uma forma de propiciar uma gestão intergovernamental nas regiões mais efetiva, respeitando a autonomia dos entes que compõem o pacto federativo.

O terceiro aspecto é o da qualificação da AB em sua dimensão mais intrínseca, na qual os desafios são diversos: estrutura física, mas especialmente de trabalhadores disponíveis e com perfil adequado, aperfeiçoamento dos modelos de gestão e atenção etc.

Todos esses aspectos aqui sinalizados no âmbito da Atenção Básica fazem parte de importantes reflexões que os municípios vêm desenvolvendo nos últimos anos. Com o objetivo de sistematizar as reflexões dos gestores municipais de saúde, o CONASEMS disponibiliza o presente documento. Não se trata de uma produção acadêmica e tem como propósito compor um mecanismo de comunicação entre os municípios brasileiros e subsidiar o CONASEMS e os COSEMS em sua atuação nos diferentes fóruns do SUS.

O CONASEMS tem como uma de suas prioridades políticas apontadas na tese 2010/2011 da entidade e também como parte das deliberações do XXVI Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde<sup>1</sup> o aprofundamento da discussão sobre a atenção básica, o seu financiamento, suas estratégias e modelo de gestão.

Aqui, publicizamos a posição dos gestores municipais para aprimoramento da Política Nacional de Atenção Básica, apontando rumos para a discussão sobre o seu financiamento e a adequação do modelo de gestão necessário. Dessa forma, pretendemos colaborar também com o diálogo tripartite sobre rede de atenção e o modelo de atenção em construção.

**Antonio Carlos de Figueiredo Nardi**  
Presidente do CONASEMS

## 2. Conceitos adotados e atributos da Atenção Básica que queremos

---



Preliminarmente algumas expressões utilizadas ao longo desse documento têm sido utilizadas em diversas publicações de inúmeros países e pesquisadores, muitas vezes com significados diferentes. No texto a seguir, contextualizaremos e explicaremos o sentido adotado, optando por um de seus significados. Algumas delas representam posicionamento da entidade, outras são atributos de uma Atenção Básica Resolutiva, segundo a literatura técnica internacional:

## a) ATENÇÃO BÁSICA – AB

Embora a maior parte dos países utilize a denominação ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE, o CONASEMS prefere respeitar a história de construção do SUS e suas lutas contra-hegemônicas, mantendo o uso do termo ATENÇÃO BÁSICA – AB<sup>2</sup>. Abaixo apresentamos os pressupostos dessa concepção de AB que queremos.

## b) ESTRUTURANTE DO SISTEMA: ORDENADORA DO REDE DE ATENÇÃO E COORDENADORA DO CUIDADO EM SAÚDE

A Estratégia de Saúde da Família, a única com co-financiamento no SUS, tem-se mostrado ainda insuficiente, quer por abrangência ou pela pouca resolutividade. São várias as dificuldades que os municípios enfrentam na busca de uma melhor cobertura, tais como: insuficiência de profissionais, principalmente médicos; limites da lei de responsabilidade fiscal no tocante ao percentual de gasto com pessoal na área da saúde; falta de financiamento solidário tripartite que dê sustentabilidade à estratégia; insuficiência de profissionais com formação adequada, dentre outras.

Essa realidade demonstra que não podemos ter uma única estratégia nacional de implementação da atenção básica. Há necessidade de garantir também recursos para outras estratégias que considerem e respeitem as diferentes e assimétricas realidades do País e possibilitem uma melhor resposta para as necessidades da população. É preciso rever a estratégia única e buscar estratégias diferenciadas, considerando as distintas realidades e a oferta de pessoal em cada município e região e, sobretudo, fortalecendo os princípios e atributos da atenção básica. A Estratégia de Saúde da Família precisa ser pensada na lógica da dialética do necessário e do possível para traçar os horizontes das necessidades e verificar os meios possíveis para a mudança do possível. O possível precisa ser o mais próximo das necessidades.

Para o fortalecimento da atenção básica é necessário, ainda, desenvolver processos de educação permanente para os trabalhadores e obter profissionais com formação e perfil adequado às necessidades de saúde da população. Precisamos contar com médicos generalistas e de saúde da família, mas com formação baseada nos princípios da atenção primária em saúde, pois sem formação clínica específica e consistente, a AB pode ficar restrita a triagem ou encaminhamento.

As unidades de saúde que desenvolvem as ações da AB precisam de instalações físicas adequadas, com equipamentos e insumos necessários para a qualidade dos serviços prestados. Isso promove a valorização dos ambientes de trabalho e, sobretudo, do fortalecimento da AB como porta de entrada do serviço com a garantia de vínculo e responsabilização pelo cuidado.

A porta de entrada jamais pode ser compreendida como porta giratória ou restritiva. Afinal, a AB tem o papel de ordenar a rede, facilitando o acesso e o caminhar do usuário nas linhas de cuidado, e o papel de coordenadora do cuidado, garantindo referência e contrarreferência para que o usuário retorne para a unidade próxima de onde ele reside e/ou trabalha e estabeleceu vínculo com a equipe de saúde.

Nos documentos mundiais sobre atenção primária de saúde – APS existem muitas referências apontando a APS como estruturante do sistema nacional de saúde. Como pressuposto importante, apontamos também a necessidade de uma ATENÇÃO BÁSICA COMO ESTRUTURANTE DO SUS. Isso quer dizer que para a consolidação do SUS é necessário que a AB diga como vai organizar a rede nos demais níveis de atenção para atender às necessidades de saúde da população. Isso só se faz com informação para desenvolvimento e uso do conhecimento na gestão e com articulação por meio de atuação matricial entre a AB, responsável pela atuação no território, e os responsáveis pela operação do aparato regulador.

Hoje, essa estruturação da saúde está ao cargo dos hospitais e serviços ambulatoriais especializados que determinam a oferta de seus produtos para referência aos serviços de AB e muitas vezes como a própria entrada do sistema. Em outros termos, é necessária a inversão dessa lógica para uma rede de ATENÇÃO À SAÚDE organizada segundo a demanda e necessidades apontadas no território e não apenas pela oferta de serviços especializados.

Reforça esse pressuposto de AB ESTRUTURANTE DO SISTEMA o fato de que o Plano Diretor de Regionalização e Investimentos – PDRI deve ser construído a partir das necessidades de todos os municípios da região de saúde, exigindo uma reflexão sobre os investimentos na AB que qualifiquem a rede de atenção. Esse PDRI deve ser fruto de negociação que tem como base as necessidades da AB, cabendo como um dos principais desafios do gestor municipal a negociação política local para que os projetos governamentais também estejam em sintonia com essas demandas. Essa estruturação não deve ser apenas nas referências necessárias para a assistência ambulatorial ou hospitalar, mas inclusive de laboratórios e dos serviços de apoio às ações de vigilância em saúde, o que exige planejamento de forma matricial, com estratégias para isso.

O CONASEMS considera que cabe aos gestores organizados e participantes dos Colegiados de Gestores Regionais – CGR o papel político de inverter a lógica da discussão das ofertas pelos serviços de referência para um planejamento político que construa um futuro regional onde os serviços atendam as necessidades de forma resolutiva qualitativa e quantitativamente, em rede e com regulação de acesso vinculada à Atenção Básica.

A Atenção Básica é, portanto, a expressão brasileira da atenção primária em saúde, sem que os seus conteúdos signifiquem uma atenção limitada destinada a populações de

excluídos sociais. Cada vez mais a experiência brasileira tem se mostrado como exitosa<sup>3</sup>, embora nossas limitações estruturais sejam evidentes tanto no financiamento como na gestão do trabalho agravado pelo engessamento de cobertura populacional, composição de equipes e pela ausência de um sistema de informação que dê a AB meios de ordenar a rede. As suas qualidades de abrangência longitudinais são as principais bases de defesa as quais o CONASEMS se alinha.

Assim, a demanda gerada a partir da necessidade de referência apontada pela atenção básica deveria determinar o desenvolvimento das ações de atenção secundária e terciária necessárias e complementares e determinar quais seriam os serviços necessários para a continuidade da atenção ao paciente e para o coletivo, apontados a partir da realidade social e epidemiológica que se está trabalhando no território local, pela AB.

“ A ATENÇÃO BÁSICA É, PORTANTO, A EXPRESSÃO BRASILEIRA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE, SEM QUE OS SEUS CONTEÚDOS SIGNIFIQUEM UMA ATENÇÃO LIMITADA DESTINADA A POPULAÇÕES DE EXCLUÍDOS SOCIAIS. ”

Nesse sentido, é discutível a inserção de pronto atendimento ou especialidades básicas separadas e desconectadas das ações de atenção básica. Não seria o caso de ampliar a quantidade de equipes no território, diminuindo sua cobertura populacional individual, uma vez que essas são atribuições contempladas na longitudinalidade da AB? O pior dessa fragmentação por meio dessas estruturas é que agrava os problemas estruturais ao inserir uma disputa por trabalhadores na AB, notadamente médicos, e recorta o território com competências similares, reproduzindo o modelo curativista.

Entretanto, não podemos desconsiderar a limitação da proposta brasileira na dimensão de amplitude de alcance populacional. Nos mais de 15 anos de Saúde da Família, conseguimos uma cobertura de 50% da população, que melhoraram sobremaneira os indicadores de qualidade de vida e saúde da população sob sua responsabilidade. Mas, em muitas situações, a qualidade de sua estrutura e funcionamento tem sido questionável frente à política nacional de atenção básica, por limitações muitas vezes além da capacidade de gestão do SUS.

- **As questões as quais os gestores municipais têm frequentemente se obrigado a responder são:**

*“E os outros 50% da população? Não são dignos de uma atenção primária organizada e estruturante?”*

*Como formular a rede quando 50% da população não têm uma atenção primária organizada?*

Um Plano Diretor de Regionalização e Investimentos construído a partir de consensos entre os gestores municipais e estadual, que seja funcional e não administrativo/político, que inclua uma Programação Pactuada Integrada dinâmica e expresse o planejamento regional determinado pela demanda sanitária regional ainda parece ser uma imagem objetivo. O desfinanciamento, os interesses econômicos e políticos desvinculados da regionalização têm sido superiores as necessidades de um planejamento de investimentos que tenha como base as prioridades das necessidades locais.

Outra grande insuficiência na construção de uma atenção básica resolutive é a gestão da informação, com mais de 300 sistemas de informação que não conversam entre si e defasados tecnologicamente servindo quase que exclusivamente para fornecer informação para o repasse de recursos pela esfera federal e de pouca utilidade como instrumento de gestão ou para o fortalecimento da gestão municipal. Para o CONASEMS, o monitoramento e a avaliação, como integrante do processo permanente de planejamento, são elementos vitais e necessários, desde que isso signifique uma melhoria da capacidade de gestão das três esferas do SUS. Será que cabe mesmo unicamente à gestão municipal a preocupação de sistemas de informação que sejam instrumentos de coordenação do cuidado e de ordenamento da rede de atenção ou deveria ser essa uma meta do SUS, como estabelecido na Política Nacional de Informação e Informática do SUS?



## c) GESTORA DO CUIDADO/MANEJO DE CASO

Consideramos a GESTÃO DO CUIDADO<sup>4</sup> como um dos fortes atributos da atenção básica. O vínculo construído por uma atenção básica de fato resolutive implementa a responsabilidade pela continuidade necessária aos casos onde o projeto terapêutico indicar apoio de ações e serviços de maior densidade tecnológica ou de menor densidade como especialidades que pela demanda reduzida (nem todos os paciente necessitam) tem sua referência regionalizada. A isso conhecemos como “economia de escala”. Nessa ideia se inclui a necessidade de regulação que não prescinde da AB, pois pressupõe a mudança de um modelo de atenção à saúde focada no indivíduo por meios de procedimentos curativos e reabilitadores, para uma abordagem baseada numa população adscrita, que identifica pessoas em risco de adoecer ou adoecidas, com foco na promoção da saúde e/ou ação preventiva, ou a atenção adequada, com intervenção precoce com vistas a melhores resultados e menores custos.

Em outros termos podemos afirmar que a AB que queremos deve ser capaz de conduzir o fluxo de pacientes aos serviços de apoio, às especialidades e aos hospitais de referência. Nesse sentido, estamos dizendo que a AB é a gestora do cuidado, o que é diferente do entendimento que temos de MANEJO DE CASO. O manejo de caso é uma atitude profissional que vinculado ao seu paciente constrói um projeto terapêutico dentro de seu âmbito de atuação. Cada profissional é responsável pelo seu paciente no desenvolvimento de sua ação, regulamentada pelos seus respectivos códigos de ética, formação acadêmica, regulado por seu conselho e baseado em evidências clínicas. Isso não libera o profissional de sua responsabilidade de manejar o caso em conformidade com protocolos e diretrizes construídos em acordo técnico entre os gestores, diretores de serviços, profissionais e conselhos profissionais. Todas as profissões, inclusive a médica, têm cada vez mais baseadas a sua conduta em evidências científicas, ou seja, trabalhos científicos que determinam e comprovam o caminho a seguir no manejo de cada caso, minimizando o empirismo.

## d) LONGITUDINALIDADE

Quando abordamos a LONGITUDINALIDADE estamos dizendo da necessidade de que a AB seja capaz de captar de forma ampla a população do território sob sua abrangência, considerando os grupos populacionais que a partir de suas características de vulnerabilidade e necessidades precisam de alguma forma de atenção. Portanto, não é sinônimo de adscrição da população, é mais que isso, inclui a capacidade de análise da situação de saúde dessa população e sistematização de um projeto contínuo para a sua atenção. A abordagem da população de hipertensos, diabéticos e outras doenças crônicas, por exemplo, bem como os agravos ou riscos específicos do território devem caracterizar os grupos de maior vulnerabilidade a serem abordados prioritariamente pela equipe de AB. Quando falamos da Longitudinalidade nos referimos a “relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades<sup>5</sup>. A AB resolutive deve,

portanto se ocupar dos agravos agudos e das doenças crônicas em sua população adscrita. A ADSCRIÇÃO da população é somente um processo ativo da equipe de saúde que busca a população nos domicílios em seu território, diferentemente do modelo curativo cujo contato ocorre apenas quando a população busca o serviço espontaneamente. A LONGITUDINALIDADE tem como componente o diagnóstico humano do território.

## e) ACESSO

Localizar unidades de saúde ou pontos de atenção<sup>6</sup> próximos de onde mora ou trabalha a população é um dos pressupostos da Atenção Primária em Saúde formulada na Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata. Isso pode garantir um melhor acesso. A questão é que não podemos garantir o acesso a toda a amplitude de ações de saúde em todos os lugares. Todo território, por menor ou menos habitado que seja, tem seu padrão de integralidade<sup>7</sup>. Por exemplo, para Terapia Renal Substitutiva é necessário regionalizar esse serviço, uma vez que numa população de pequenos territórios dificilmente haveria número suficiente de pacientes com insuficiência renal que determinem toda uma estrutura física e técnica de uma unidade de TRS. Entretanto, todo paciente com insuficiência renal deve ter garantido o seu direito de acesso.

Esse pressuposto da economia de escala e a dimensão da economia de escopo (quantidade de ações diferentes de oferta em um único serviço) não podem limitar o acesso. Podemos dizer que esse é o grande desafio para a Região Amazônica, por exemplo, pois o número suficiente de pacientes para determinados serviços pode significar barreiras de acesso como semanas de distância física a ser percorrida pelos pacientes. Nesse caso, os custos operacionais têm um equilíbrio diferente com os custos sociais para a ação necessária.

Outra barreira ao acesso frequente está na agenda oferecida à população para determinadas ações na unidade. Por exemplo, citamos o agendamento de horário para mensurar a pressão arterial. Unidades que insistem nessa restrição de acesso muitas vezes deixam de atender pacientes que acabaram por apresentar uma piora de seu quadro agudo, levando a sérios danos. Uma estrutura física adequada, próxima do usuário, o atendimento humanizado e o acolhimento garantem o acesso qualificado e a sua implementação melhora, portanto, o grau de acessibilidade ao sistema.

## f) CONTINUIDADE

Consiste nos arranjos pelos quais a atenção é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos<sup>8</sup>. Esse pressuposto é um elemento estruturante da Atenção Básica que pode ser entendido em duas dimensões.

Na primeira dimensão, a AB deve ser suficientemente organizada por meio de um prontuário utilizado por todos os profissionais da equipe. A construção de um prontuário



eletrônico e do Cartão SUS devem ser implementados com urgência. Existem dificuldades que extrapolam a governabilidade do município para isso, mas também é verdadeiro afirmar que existem inúmeras ações a serem desenvolvidas pelos mesmos, enquanto as pactuações nacionais, estaduais e até mesmo regionais para isso não se fazem possíveis. Existem dispositivos a serem construídos no âmbito local e que são necessários para a viabilização funcional da Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC), como por exemplo, desenho lógico operacional da rede de informação em saúde segundo os atributos aqui expressos; redesenho dos fluxos dos processos de trabalho; alterações estruturais nas unidades de saúde que em muitos casos apresentam fluxos de usuários organizados segundo lógica gerencial de programas etc.

Na segunda dimensão, a AB é a responsável pela produção das atividades que garantam as ações suficientes para uma grande amplitude de necessidades da atenção ao sujeito individual e coletivo, na medida em que essas ações se fizerem necessárias. Isso requer capacidade do profissional de saúde em reconhecer os problemas e necessidades, bem como conhecer a rede de atenção para a resolução dessas necessidades.



## g) LISTA DE ESPERA

Pode ser conceituada como uma tecnologia que normatiza o uso de serviços em determinados pontos de atenção à saúde, estabelecendo critérios de ordenamento por necessidades e riscos, promovendo a transparência, ou seja, constituem uma tecnologia

de gestão da clínica orientada a racionalizar o acesso a serviços. É mecanismo fundamental de gestão do cuidado contínuo em saúde e de suma importância para a AB, uma vez que é nela que surgem as necessidades de cuidados especializados. Claro que essa tecnologia nem sempre vai ser aplicada ou operada pelos profissionais da AB, mas, no mínimo, o conhecimento da lista de espera e do ritmo de sua resolução deve ser da AB, pois implica muitas vezes tomada de decisão sobre o mais adequado manejo do caso.

## h) ATENÇÃO PRIMÁRIA OU ATENÇÃO BÁSICA?

Tanto nos países<sup>9</sup> que desenvolveram seus processos de reforma sanitária visando incluir a saúde em sua política de desenvolvimento e portanto de inclusão social quanto no Brasil, existem registro e documentação estabelecendo uma série de dispositivos sobre a questão, trazendo o marco conceitual inclusive dos aspectos regionais e de gestão. Nossa legislação, seja a CF de 1988, sejam as leis 8.080 e 8.142, tratam a AB como pressuposto para a integralidade da atenção à saúde e estabelecem o princípio da regionalização como forma de organização do processo de atenção.

“ A ATENÇÃO BÁSICA BRASILEIRA FOI GRADUALMENTE SE FORTALECENDO E SE CONSTITUIU COMO PORTA DE ENTRADA PREFERENCIAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), SENDO O PONTO DE PARTIDA PARA A ESTRUTURAÇÃO DOS SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE. ”

O CONASEMS, em sua reunião do CONARES, de agosto de 2010, considera que a diferença na terminologia utilizada internacionalmente sobre a atenção básica não é tão importante quanto a história da construção no SUS, e advoga, pelo menos por enquanto, a sua manutenção. Considera que a Atenção Primária em Saúde é uma imagem objetiva a ser construída a partir de financiamento adequado, já legalizado e ainda não regulamentado pela EC-29 com escopo e amplitude suficientes que considere e tenha como público-alvo toda a população brasileira.

A Atenção Básica brasileira foi gradualmente se fortalecendo e se constitui como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Aprovada e publicada em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica traz o reflexo dessa evolução. Afinal, o Pacto pela Vida definiu como prioridade: “consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)”<sup>10</sup>.

A Atenção Básica<sup>11</sup> “ caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados,

pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde”.

#### **A Atenção Básica tem como fundamentos:**

- I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- VI - estimular a participação popular e o controle social.

Podemos afirmar que o conceito de ATENÇÃO PRIMÁRIA e ATENÇÃO BÁSICA aqui referidos se dirigem para um ponto comum, em que seus princípios e diretrizes gerais têm sido nestas últimas décadas o balizador da formulação de estratégias para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, cujas bases se sustentam em práticas cuidadosas, resolutivas e qualificadas. Portanto, suas diferenças dar-se-ão na medida da especificidade sociocultural e política de cada nação e serão pautadas pelas relações que se estabelecem entre Estado e sociedade em cada contexto<sup>12</sup>.

# 3. Modelo de gestão<sup>13</sup>

## a) O CONTEXTO POLÍTICO E MACROECONÔMICO: ALGUNS DESAFIOS

Não é possível construirmos uma AB como pressupõe o SUS em todas as suas dimensões e portanto em sua integralidade, se a política de saúde não for tratada como política de desenvolvimento do País. Para tanto, seria fundamental a alteração da lógica da política econômica que vem sendo adotada ao longo das últimas décadas em torno da supremacia do mercado em matéria de políticas sociais e em determinar as políticas macroeconômicas, regidas por metas de inflação e dívida pública restringida e/ou de superávits primários. Tanto uma como a outra característica pressionaram para a redução da participação do Estado em políticas sociais, em geral, e na saúde, em particular resultando em constantes tentativas de diminuição de seus orçamentos e/ou de sua disponibilidade potencial de recursos. É preciso que se adote o desafio de romper com a perspectiva histórica de



manejar a política social subordinada à política econômica. Sem essa mudança, torna-se difícil trilharmos o caminho do desenvolvimento no país.

Portanto, o fortalecimento da política de saúde universal exige o enfrentamento de alguns desafios e a reformulação de seu modelo de gestão\*.

Apesar do avanço que significou a criação do SUS na Constituição de 1988 e o seu desenvolvimento, no decorrer de seus 22 anos de existência, merece destaque três grandes desafios: o financiamento, a relação público-privado e o gerenciamento público de prestação de serviços/gestão do trabalho em saúde.

- **O financiamento:**

Durante os anos de existência do SUS, um de seus maiores desafios tem sido conseguir os recursos necessários para preservar o caráter universal de seu acesso e para garantir seu atendimento integral. Apesar do avanço desse sistema, o Brasil está longe de dedicar a mesma atenção à saúde pública que os demais países que detêm um sistema público e universal. É importante lembrar que, em 2008, enquanto o SUS gastou 3,24% do PIB, o gasto público em saúde nos países com sistemas universais (Reino Unido, Suécia, Espanha, Itália, Alemanha, França, Canadá e Austrália) foi, em média, 6,7% (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – WHO, 2008).

É certo que a problemática do financiamento do SUS deve ser compreendida na ausência de definição de fontes para o seu custeio. A área da saúde ficou ao sabor de duas restrições mais gerais: a prioridade, no interior da Seguridade Social, da destinação de recursos para a Previdência Social; e as restrições derivadas de uma política econômica voltada para garantir metas de inflação e superávits primários elevados. Essa trajetória de conflitos foi explicitada pela crise provocada pelo não recebimento do repasse das contribuições, pela diminuição da presença de outras fontes da Seguridade e ainda pela desvinculação da CPMF, Cofins e CSLL, o que teve repercussões no desempenho do gasto federal com saúde, a partir da segunda metade da década de 1990. O gasto líquido com ações e serviços de saúde, realizado pelo Ministério da Saúde, em proporção ao Produto Interno Bruto (PIB), no período 1995 e 2008, manteve-se praticamente estabilizado (1,7%).

A carência de recursos adequados sistematicamente coloca em questão a qualidade das ações e serviços públicos de saúde e fomenta o argumento daqueles que entendem a saúde pública como aquela que se dedica ou somente à Atenção Básica, ou dirigida apenas para os segmentos mais pobres da população (mesmo que envolvendo os serviços de Alta Complexidade).

---

\* O Anexo 1 traz um texto elaborado por Nelson Rodrigues dos Santos, consultor do CONASEMS, no qual trata da Macroeconomia e dos aspectos macropolíticos da política de saúde, cujo ponto de vista e proposições estratégicas esse colegiado concorda na sua maioria. Os desafios aqui indicados apoiam-se em seu texto. Ver RODRIGUES DOS SANTOS, NELSON. O ESTADO QUE TEMOS E OS RUMOS QUE QUEREMOS Contribuição para posicionamento com os novos Governos: Federal e Estaduais. CONASEMS. OUTUBRO DE 2010.

A área da Saúde tentou, ao longo de todos os anos que se seguiram à promulgação da Constituição de 1988, construir consensos que permitissem garantir recursos adequados para a implementação de um sistema público universal. Contudo, o compasso de espera da regulamentação da Emenda Constitucional 29/2000, está colocando em risco a manutenção de parte desses consensos. Acrescente-se a esses aspectos a recente proposta de reforma tributária que traz graves consequências ao financiamento das políticas sociais, ameaçando de forma substancial as fontes exclusivas que dão suporte às políticas de Seguridade Social, especialmente à saúde.

As possibilidades de valorização do financiamento do SUS podem ser alcançadas por novos compromissos do governo federal, condicionados à busca de uma proteção ao desenvolvimento econômico e social do país.

Ainda cabe ressaltar que essa injusta assimetria no financiamento do setor prejudica significativamente muitos municípios, em que justamente a Atenção Básica deve estar presente e resolutive. Esse quadro problemático do financiamento se traduz ainda em uma dificuldade absurda em dar consequência às métricas e indicadores de nossos instrumentos de planejamento de governo e dos nossos instrumentos de planejamento do SUS nas três esferas. Do ponto de vista da alocação de recursos interna no sistema de saúde, é possível perceber que, até o momento, não se abandonou a lógica de repasse por produção (oferta de ações e serviços), do governo federal aos municípios. As formas de alocação baseadas em *per capita*s são mínimas. E, mais ainda, os critérios de repasses para coteio distanciam-se de formas equitativas, em que são reconhecidas as necessidades de saúde da população; além de não considerarem a valorização do esforço de melhoria da capacidade de gestão dos municípios, empreendida no atingimento das metas preconizadas pelo Pacto de Gestão e pelo Pacto pela Vida. Embora se reconheça o avanço nas formas de alocação de recursos a partir da instituição dos Blocos de financiamento no Pacto pela Saúde, ainda se está longe de implantar uma alocação de recursos condizente à efetivação da política de saúde universal, definida localmente e com base no cumprimento das metas estabelecidas nos termos dessa pactuação. Um caminho a ser adotado na forma de alocação de recursos seria a adoção de repasses por Orçamento Global, ancorado nesses princípios.

### • **A relação público-privado**

Nos últimos 22 anos do SUS, é possível reconhecer alguns desvios na gestão pública desse sistema, permitindo um espaço de ampliação do setor privado. Cabe destacar alguns problemas que merecem reflexão de todos os interessados em fortalecer o nosso sistema público de saúde.

Em relação aos *subsídios públicos para o mercado de planos e seguros privados de saúde*, identifica-se um crescimento de medidas, principalmente a partir de 1990, tais como: as deduções no IRPF e IRPJ dos consumidores de serviços privados de saúde; o



não ressarcimento das operadoras privadas previstos na Lei nº 9.656, de 1998; a isenção tributária a hospitais privados credenciados por operadoras de planos privados e a indústria farmacêutica; e a utilização do orçamento público para o custeio de planos privados aos servidores públicos.

No tocante aos *serviços privados contratados e conveniados pelo SUS*, vale mencionar que são remunerados por tabela de procedimentos e valores, por produção, o que facilita a indução de relações muito mais próximas da lógica de mercado a formas de parceria entre “atores” responsáveis pela saúde da população.

Em relação às *internações no país*, constata-se que, ainda que a sua maioria seja provida pelo SUS, são oferecidas por meio de leitos privados contratados e conveniados. Tal forma de ofertar esses serviços fragiliza o controle direto dos usuários, na medida em que tais serviços não dispõem de mecanismos de acompanhamento, como os conselhos de saúde, existentes nos serviços públicos, possibilitando avaliações nos âmbitos gerenciais e assistenciais.

No que diz respeito à *gestão dos serviços de saúde*, é possível reconhecer que há muito por se fazer em relação ao aprofundamento das discussões no âmbito dos contratos e convênios de terceiros privados. Sabe-se que ainda é incipiente a adoção de contratos que aliem a execução dos serviços a metas contratadas com a gestão.

- **O gerenciamento público de prestação de serviços/gestão do trabalho**

Sabe-se que a ineficiência da administração pública direta e autárquica diante do fornecimento de respostas compatíveis à demanda social por serviços de saúde, juntamente com a fragilidade do financiamento federal e as exigências da Lei de Responsabilidade Fiscal, tais como o limite do gasto com despesas de pessoal dos municípios, criam constrangimentos significativos ao gerenciamento dos serviços de saúde.

Vale mencionar que os gestores municipais dispõem de poucos recursos orçamentários próprios para completarem os valores de procedimentos da tabela federal, de forma a reduzirem substancialmente a falta de assistência especializada e laboratorial. Acrescente-se a isso o crescimento do processo de precarização da gestão dos trabalhadores de saúde, com baixa remuneração, ausência de carreiras e de incentivos à educação permanente.

Essa situação agrava-se no campo da atenção básica à saúde, na medida em que não se encontra resolvido nacionalmente o seu financiamento, assegurando a sua cobertura universal, resolutividade e seu reconhecimento, enquanto porta de entrada preferencial do sistema, estruturada em redes regionais de cuidados integrais à saúde.

Chama atenção a resistência da União, ao longo dos 22 anos de existência do SUS, especialmente no campo da reforma administrativa do Estado, em não disponibilizar





alternativas administrativas públicas mais eficientes para o gerenciamento público da prestação de serviços.

Torna-se importante dizer que os colegiados gestores e de controle social do SUS vêm periodicamente formulando estratégias de avanços possíveis e de resistência, sendo a mais recente, o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão de 2006. Tal Pacto assume o objetivo de insistir nas pactuações regionais para construção do planejamento e gestão regional compartilhados, da atenção integral à saúde segundo as necessidades da população. Dessa forma, espera-se alcançar uma Atenção Básica à Saúde progressivamente resolutiva, universal, ordenadora e estruturante das referências especializadas ambulatoriais, laboratoriais e hospitalares no território regional.

“ TORNA-SE IMPORTANTE DIZER QUE OS COLEGIADOS GESTORES E DE CONTROLE SOCIAL DO SUS VÊM PERIODICAMENTE FORMULANDO ESTRATÉGIAS DE AVANÇOS POSSÍVEIS E DE RESISTÊNCIA, SENDO A MAIS RECENTE, O PACTO PELA VIDA, EM DEFESA DO SUS E DE GESTÃO DE 2006. ”

## b) AB E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Não existe um modelo organizacional único para organizar a RAS, contudo as evidências mostram que alguns atributos são essenciais para seu funcionamento, conforme apresentados a seguir:

- população e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde;
- extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão do cuidado, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;
- primeiro nível de atenção multidisciplinar que cobre toda a população e serve de porta de entrada do sistema, que integra e coordena o cuidado, que atende a maior parte das necessidades de saúde da população;
- prestação de serviços especializados em lugar adequado, oferecida preferencialmente em ambientes ambulatoriais;
- existência de mecanismos de coordenação assistencial por todo o contínuo da atenção;

- atenção de saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais e de gênero e a diversidade da população;
- sistema de governança único para toda a rede;
- participação social ampla;
- gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
- recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;
- sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;
- financiamento garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede; e
- ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde.

A Rede de Atenção organiza-se a partir de um processo de gestão da clínica associado ao uso de critérios de eficiência microeconômica na aplicação de recursos, mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos, voltados para o desenvolvimento de soluções integradas de política de saúde.

A gestão da clínica aqui compreendida implica “a aplicação de tecnologias de microgestão dos serviços de saúde com a finalidade de: a) assegurar padrões clínicos ótimos; b) aumentar a eficiência; c) diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais; d) prestar serviços efetivos; e, e) melhorar a qualidade da atenção à saúde”. Na organização da RAS são abordadas as seguintes ferramentas de microgestão do serviço, que a partir dos protocolos ou diretrizes clínicas desenvolvem as tecnologias de gestão do cuidado; gestão de casos; auditoria clínica e lista de espera.

Para cumprir o papel de ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado, a AB, portanto, tem de ser o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema e parte do processo de desenvolvimento econômico e social do País.

Cabe a AB assim, integrar verticalmente os serviços que, normalmente são ofertados de forma fragmentada, pelo sistema de saúde convencional. Uma AB de qualidade, como parte da rede de atenção à saúde, deverá estruturar-se segundo seis atributos e três funções:



**Atributos** – Primeiro contato, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação, Focalização na família e Orientação comunitária.

**Funções** – Resolubilidade, Comunicação e Responsabilização.

Para concretizar a RAS, é preciso empoderar os Colegiados de Gestão Regionais (CGR), fortalecendo o seu papel deliberativo e protagonista na definição do desenho de rede e de produção do planejamento regional. Para a implementação da regionalização viva é necessário refletir conjuntamente com os atores da região sobre o território que compreende vários municípios, no qual existem diferentes serviços que precisam ser articulados: Atenção Básica, UPAS, policlínicas com consultas especializadas e exames e diagnósticos, atenção especializada, urgência e emergência, saúde mental, saúde do trabalhador, rede de alta complexidade, promoção da saúde e vigilâncias.

A reflexão sobre compartilhamento de responsabilidades entre as esferas de governo torna-se primordial, pois nenhum gestor é capaz de sozinho de responder pelo cuidado integral em saúde dos usuários. Por isso, a importância da construção coletiva, solidária e cooperativa entre as esferas de governo para atender as reais necessidades de saúde da população do território. Além disso, os gestores do SUS necessitam construir uma agenda intersetorial com as diversas áreas da administração pública (educação, esporte, assistência social, entre outras), visando potencializar as ações de saúde.

A organização da RAS pressupõe planejamento e a definição de papéis e perfis assistenciais e os fluxos a serem estabelecidos. O planejamento e a gestão do cuidado devem ser

pensados de forma sistêmica e articulados com os instrumentos de gestão. Além disso, é necessário inverter a prática predominante de alocação de recursos baseada na oferta para construção de outra pactuada de forma regionalizada, por meio da Programação Pactuada Integrada (PPI), Plano Diretor de Regionalização com Investimentos (PDRI), definidos a partir das necessidades de saúde da população, e do alcance das metas estabelecidas no Pacto pela Saúde.

A regulação é outra prática imprescindível para a gestão da RAS e, sobretudo, deve garantir o acesso e o caminhar do usuário pelos pontos da rede. A regulação nessa lógica permite o gerenciamento dos critérios de risco e necessidades, das listas de espera, das regras e normas capazes de organizar o processo da atenção a saúde e deve ser exercida em todos os níveis de atenção, de forma matricial com a AB, mesmo que operada por profissionais de nível central de Secretarias de Saúde.

Além disso, a organização do cuidado deve estar associada à ordenação da RAS e aos arranjos de governança que possibilitem a autonomia local para a resolutividade do atendimento. Todos os serviços devem estar intimamente coordenados sob uma única autoridade de saúde para cada área. É indispensável a comunicação completa entre todos os pontos da rede.

Há necessidade de institucionalizar o monitoramento e a avaliação como uma ferramenta de gestão e de qualificação da atenção à saúde. Além do mais é importante que a RAS

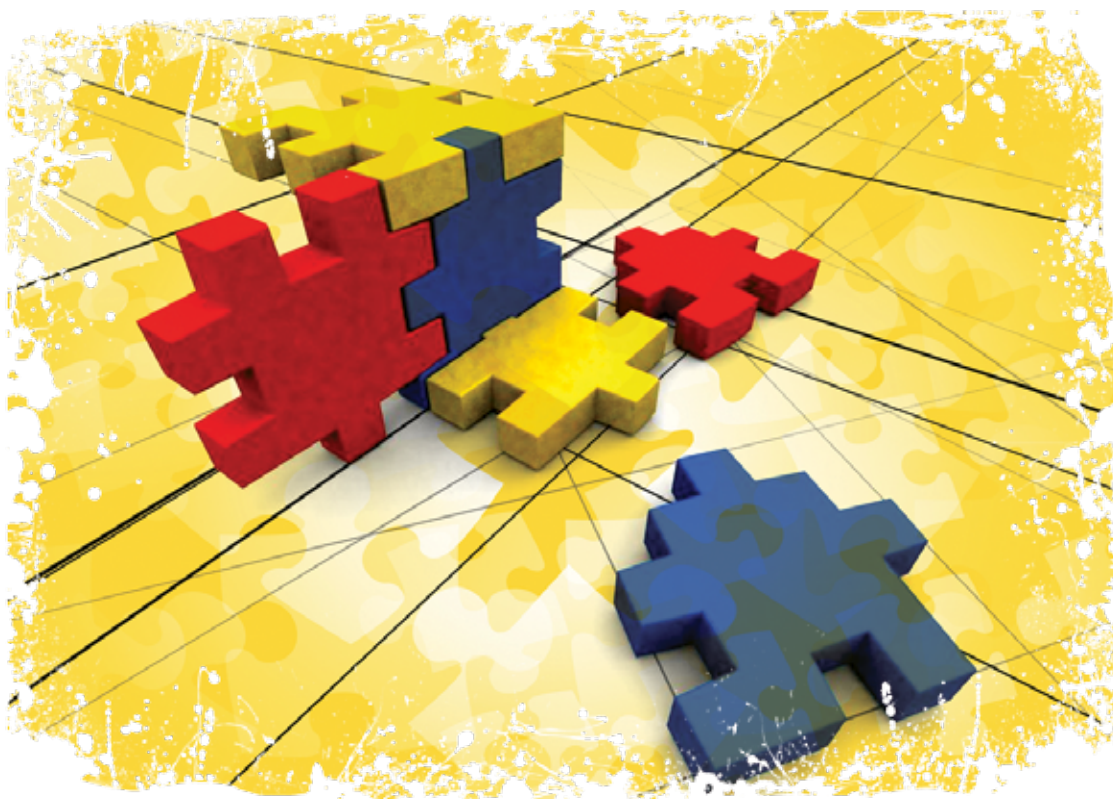
conte com o suporte e apoio logístico para o bom funcionamento, para além do SIS já mencionado, mas também transporte sanitário, apoio laboratorial, TIC.

“ É IMPORTANTE RESSALTAR A NECESSIDADE DE EFETIVAR E INCENTIVAR UMA POLÍTICA DE GESTÃO POR RESULTADOS QUE PROPICIEM A QUALIFICAÇÃO E A PROFISSIONALIZAÇÃO DA GESTÃO E GARANTA UM FINANCIAMENTO DIFERENCIADO PARA OS GESTORES COMPROMETIDOS COM A CONSOLIDAÇÃO DO SUS. ”

É importante ressaltar a necessidade de efetivar e incentivar uma política de gestão por resultados que propiciem a qualificação e a profissionalização da gestão e garanta um financiamento diferenciado para os gestores comprometidos com a consolidação do SUS.

## 4. Modelo de Atenção à Saúde

---



No processo implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo com todos os percalços, demonstrando o acerto da opção pelo SUS, conseguimos avançar em algumas áreas, mas precisamos investir na mudança do modelo de atenção à saúde que ainda é hoje centrado na doença, no hospital e no médico.

O atual modelo de saúde não tem sido capaz de resolver os problemas de saúde da população, pois a desarticulação dos serviços provoca, muitas vezes, a competição entre uma mesma ou entre esferas de governo. Além disso, presenciam-se lacunas na oferta de alguns serviços de saúde e a inexistência de linhas de cuidado estruturadas. A atenção básica é desarticulada com os outros níveis de atenção, resultando na baixa efetividade e na não alta resolutividade da AB. Isso gera excesso de demandas desnecessárias para especialistas e alto consumo de exames, tornando os serviços poucos resolutivos.



Percebe-se ainda, o desconhecimento das listas de espera e de seus critérios de riscos e, com algumas exceções, a falta de comprometimento profissional da equipe com o usuário, o que dificulta o percurso do usuário na rede (na hora certa e no local adequado) para a resolução do seu problema de saúde, representando uma enorme barreira de acesso aos serviços especializados. A rotatividade dos médicos nos serviços de saúde e a priorização do enfermeiro nas atividades de coordenação e/ou administrativas em detrimento do cuidado em saúde têm contribuído com o reforço desse modelo de atenção.

É importante ressaltar que os problemas relacionados à gestão do trabalho persistem e necessitam de maior investimento para a situação dos vínculos precários de trabalho e a falta de uma carreira que possibilite a promoção e a valorização do profissional de saúde.

O desafio de investir na mudança desse modelo para outro que seja focado na defesa da vida e no cuidado integral em saúde por meio da RAS é a imagem objetivo apontada pelo CONASEMS e exige combinação de diretrizes macropolíticas citadas no modelo de gestão e micropolíticas, ou seja, os processos de trabalho das equipes e como será instituída a gestão do cuidado. A seguir, apontamos algumas diretrizes que complementam o até aqui discutido:

- **Política de educação permanente em saúde como instrumento de mudanças de práticas das equipes voltadas à gestão do cuidado**

Organizar a gestão do cuidado não é uma tarefa fácil, por isso refletir sobre como otimizar as competências da equipe de saúde para intervir na promoção do cuidado integral à saúde

é fundamental. A Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS) pode contribuir como dispositivo de mudança de práticas e organização de espaços coletivos nos ambientes de trabalho, visando instituir um processo de construção de conhecimento e de reflexão sobre a prática para a promoção de incômodos gerados a partir dos problemas levantados pela equipe.

Para haver mudanças estruturais e organizacionais na gestão do cuidado é necessário que sejam acompanhadas por processos de transformação no modo de ser dos sujeitos envolvidos. Precisamos entender melhor o processo de trabalho em saúde, a sua micropolítica, para buscar realizar o “trabalho vivo em ato” e a autonomia dos sujeitos envolvidos no cuidado em saúde: trabalhadores, gestores e usuários. É incompatível implementar a PEPS sem pensar na democratização das relações de trabalho e no trabalhador como sujeito no seu processo de trabalho. A gestão participativa e democrática, envolvendo o trabalhador no processo decisório é primordial para o comprometimento e o sentimento de pertencimento ao projeto e a co-responsabilização na implementação das ações a serem desenvolvidas no território.

Pensar a implementação da educação permanente em saúde é ir além da organização de cursos. Significa possibilitar e promover rodas de conversa, trocas de experiências entre a equipe, estudos de casos, realização de planejamentos coletivos que contribuem com o aperfeiçoamento do processo de trabalho na perspectiva do profissional de saúde como sujeito e, acima de tudo, como protagonista para criar, inventar e, sobretudo, produzir saúde. Sem dúvida, a gestão do cuidado é objeto da EPS.

Faz se necessário o fortalecimento da política de desenvolvimento gerencial e da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) para a ampliação e a efetiva qualificação dos gestores, gerentes e das equipes de saúde da família orientada pela necessidade da AB. Outra estratégia importante a ser aprofundada é a definição de uma ação diferenciada para os médicos formados por meio do Programa Universidade Para Todos do Governo Federal (ProUni) que optarem pela AB. Possibilitar um valor diferenciado para as bolsas de residência dos profissionais de saúde que optarem pela AB é outro desafio para qualificação e a valorização da AB.

- **Gestão do cuidado**

De que gestão do cuidado falamos? Certamente não nos referimos à gestão do cuidado realizada sem a participação da equipe de profissionais de saúde na produção de projetos terapêuticos compartilhado com o usuário e tampouco na não responsabilização do cuidado.

Muitos entendem que fazer a clínica é somente cuidar da doença, contudo o CONASEMS entende que é preciso ampliar o objeto de trabalho da clínica. Para a sua ampliação é

preciso ir além das doenças para compreender os problemas de saúde, ou seja, entender as situações que explicam o risco ou a vulnerabilidade das pessoas e, acima de tudo, que não há problemas de saúde ou doenças sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas. Por isso, a clínica do sujeito é a principal ampliação do objeto da clínica, possibilitando o aumento do grau de autonomia dos usuários, cabendo uma decisão compartilhada do seu projeto terapêutico.

É importante destacar que todos os profissionais de saúde podem e devem fazer a clínica ampliada, pois escutar, avaliar e se comprometer na busca do cuidado integral em saúde é responsabilidade de toda profissão da área de saúde. Além disso, é preciso considerar e valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio matricial a fim de construir modos para haver a co-responsabilização do profissional e do usuário.

Grande parte dos profissionais de saúde ainda prioriza os equipamentos, insumos e o conhecimento estruturado das profissões de saúde, da clínica e da epidemiologia (trabalho considerado morto) em detrimento da escuta e do vínculo no cuidado em saúde. O trabalho vivo reside principalmente nas relações que são estabelecidas no ato de cuidar. É preciso priorizar o projeto terapêutico singular, com base na escuta e na responsabilização com o cuidado. É nesse momento que podemos exercer a nossa capacidade criativa e inventiva. Isso é o trabalho vivo.

Não estamos afirmando que os instrumentais tradicionais da clínica e da epidemiologia não devem ser considerados no momento da clínica, pois eles são fundamentais para a definição do projeto terapêutico. Contudo, o foco do trabalho vivo deve ser as relações estabelecidas no ato de cuidar que são: o vínculo, a escuta, a comunicação e a responsabilização com o cuidado. Os equipamentos e o conhecimento estruturado devem ser utilizados a partir dessa relação e não o contrário como tem sido na maioria dos casos.

Quantos profissionais de saúde têm priorizado a solicitação de exames para a realização do diagnóstico ou encaminhamentos (empurroterapia) sem necessidade pela falta de responsabilização com o cuidado? Quando nos comprometemos com a saúde da população, a primeira coisa que exercemos é a escuta e o vínculo, buscando o fortalecimento da construção do projeto terapêutico baseado na necessidade do usuário.

### • **Política de gestão do trabalho que valorize o profissional de saúde**

Os problemas vivenciados na área de gestão do trabalho necessitam de ações estratégicas para a implementação de um modelo de atenção de saúde pautado na defesa da vida. Nessa concepção, o trabalho deve ser visto como uma categoria central para se pensar numa política de valorização dos trabalhadores de saúde. Visualizar o trabalho como um espaço de construção de sujeitos e de subjetividades, um ambiente que tem pessoas,





sujeitos, coletivos de sujeitos que inventam mundos e se inventam e, sobretudo, produzem saúde.

Portanto, o trabalho é um lugar de criação, invenção e ao mesmo tempo um território vivo com múltiplas disputas no modo de produzir saúde. Por isso, a necessidade de implementar a práxis (ação-reflexão-ação) nos locais de trabalho para a troca e o cruzamento com os saberes das diversas profissões. É importante ressaltar que, na disputa dos interesses, o que deve permanecer é o interesse do usuário cidadão. Portanto, os problemas de saúde da população e a busca de soluções no território circunscrito deve ser o foco do debate nas rodas da equipe multiprofissional.

Para além da valorização do espaço do trabalho, há necessidade de buscar alternativas para os problemas relacionados a não valorização dos trabalhadores de saúde. O desenvolvimento de planos de carreiras que possibilitem a promoção do trabalhador é uma das ações a ser desenvolvida pelas três esferas de governo. Foram aprovadas pela CIT, em 2007, as Diretrizes Nacionais para a implementação de Planos de Cargos, Carreiras e Salários para o SUS. É necessário agora definir a contrapartida financeira dos estados e da União para que os municípios tenham condições de criarem ou adequarem os seus PCCS. A avaliação de desempenho é uma ferramenta importante para o comprometimento com o serviço e deve estar articulada ao plano de carreiras.

Uma dimensão importante a ser considerada é o estabelecimento de contratos de gestão, entre a gestão e os trabalhadores, com a ampla participação dos trabalhadores na definição de metas e resultados, a fim de fortalecer a AB e resolver os problemas de saúde da população. Temos algumas experiências sendo gestadas nessa área e que precisamos sistematizar e divulgar para que os gestores municipais possam ter subsídios em relação a esse tema que é tão complexo e que merece destaque.

Outra ação importante nessa área é o fortalecimento do trabalho não precário, garantindo vínculos de trabalho que assegurem os direitos trabalhistas e previdenciários. Precisamos acabar com a precarização dos vínculos de trabalho para que o SUS seja consolidado. No entanto, é importante ressaltar que os municípios são responsáveis por quase 70% dos empregos públicos em saúde e muitos desses estão no limite da Lei de Responsabilidade Fiscal, o que exige a definição de uma política de contratação de pessoal com contrapartida das três esferas de governo.

Além disso, a definição de uma política para o serviço civil vinculada às áreas de necessidade e atuação na AB é outro grande desafio a ser enfrentado pelos gestores do SUS.

Os locais de trabalho precisam assegurar as condições de trabalho adequadas, pois é fato que grande parte das unidades de saúde necessita de reformas e manutenção para que os profissionais de saúde possam atuar prazerosamente nos seus locais de trabalho. Quem não gosta de trabalhar em ambientes saudáveis e agradáveis? Como ganhar os “corações e mentes” dos estudantes que frequentam as unidades de saúde se, muitas vezes, não possuímos nem espaços de reflexão e estudo de caso? Essa é uma ação prioritária para o fortalecimento da AB e que precisa de contrapartida das três esferas de governo.

- **Apoio matricial para a equipe multiprofissional, trabalho em equipe e produção de protocolos clínicos**

“ O TRABALHO EM EQUIPE TORNA-SE FUNDAMENTAL, POIS POSSIBILITA QUE A AÇÃO DE ALGUNS COMPLEMENTE A AÇÃO DE OUTROS E VICE-VERSA PARA HAVER UM DINÂMICO E RICO CRUZAMENTO DE SABERES E FAZERES, TECNOLOGIAS, SUBJETIVIDADES. ”

O trabalho em equipe torna-se fundamental, pois possibilita que a ação de alguns complemente a ação de outros e vice-versa para haver um dinâmico e rico cruzamento de saberes e fazeres, tecnologias, subjetividades. É a partir dessa configuração do trabalho que os atos de saúde se tornam produtivos e realizam o cuidado, valorizando os mecanismos baseados em evidências científicas e a produção de protocolos clínicos com base nas linhas de cuidado.

O apoio matricial é outra ferramenta fundamental que pode potencializar a RAS na medida em que contribui com a resolubilidade do cuidado em saúde. Essa

ferramenta incentiva o trabalho interdisciplinar e estabelece a necessidade da criação de espaços coletivos para “trocas” e construção de saberes, resultando na melhoria do atendimento.

A terminologia “**apoio**” sugere uma metodologia para ordenar a relação entre referência e especialistas não com base na autoridade, mas com base em procedimentos dialógicos. Já o termo “**matriz**” na sua origem latina, significa o lugar onde se geram e se criam coisas e pressupõe uma relação entre si, tanto na vertical, horizontal e linhas transversais. Ao nos referir à **equipe de referência**, estamos falando de um funcionamento dialógico e integrado por meio de espaços coletivos, que discute casos clínicos, sanitários ou de gestão, e participa da vida da organização. Portanto, o apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto dos profissionais de referência e que contribui com a construção de saberes e com o aumento da capacidade de resolução dos problemas de saúde da população do território circunscrito.

O apoio matricial deve assegurar a retaguarda especializada às equipes e profissionais e, ainda, o apoio assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Para tanto, pressupõe a construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre a equipe e os especialistas que oferecem o apoio matricial. Além do mais, é preciso prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade entre a equipe e os apoiadores.

Sem dúvida, é uma forma de criar possibilidades para a ampliação do trabalho clínico e sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. O apoio matricial fortalece o rearranjo organizacional buscando deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, apontando no poder de gestão da equipe multidisciplinar. Busca também personalizar o sistema de referência e contrarreferência, ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio.

Segundo CAMPOS (2007), o apoio matricial pode ser desenvolvido em três planos:

- atendimento e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e os profissionais da equipe de referência;
- núcleo apoiador que pode programar para si mesmo o atendimento ou intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência para a responsabilização conjunta;
- troca e construção de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador, por meio da concepção da Política de Educação Permanente em Saúde.

# 5. Financiamento da Atenção Básica\*

---

Para que a Atenção Básica no SUS assuma a sua responsabilidade de coordenadora do cuidado integral em saúde e ordenadora das redes de atenção é fundamental que sejam garantidos recursos suficientes, possibilitando um esquema de financiamento compatível à universalização do atendimento. Nessa perspectiva, são apresentadas, a seguir, algumas propostas para o tratamento do financiamento da Atenção Básica, em três diferentes dimensões: a médio prazo, a curto prazo e de forma imediata no orçamento do MS para 2011.



---

\* Essa parte do Documento constitui-se da contribuição de Gilson Carvalho, médico pediatra e assessor do Conasems.

## a) PROPOSTAS À MÉDIO PRAZO

Há uma necessidade de fazer nova categorização das subfunções de saúde que melhor englobem o fazer da saúde pública e que tenha categorias mutuamente excludentes. Dentro dessa meta para 2011 tem que se abordar a abrangência do conceito de Atenção Básica à Saúde, adotado nesse Documento.

No conceito hoje usual da legislação do PPA e LOA, instrumentos do processo orçamentário, a atenção básica só inclui:

Gestão e Administração do Programa
Publicidade de Utilidade Pública
Piso de Atenção Básica Variável – Saúde da Família
Prevenção, preparação e enfrentamento para a PANDEMIA DE INFLUENZA – Nacional – Crédito Extraordinário
Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família – PROESF
Piso de Atenção Básica Fixo
Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde
Atenção à Saúde Bucal
Atenção Básica em Saúde Bucal
Serviços de Atenção à Saúde da População do Sistema Penitenciário Nacional
Auxílio-Reabilitação Psicossocial aos Egressos de Longas Internações Psiquiátricas no Sistema Único de Saúde (De Volta Pra Casa)
Alimentação e Nutrição para a Saúde

O CONASEMS quer discutir essa classificação incluindo aí outros procedimentos de atenção básica e que estão em outros programas orçamentários quais sejam: VIGILÂNCIA À SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DA ATENÇÃO BÁSICA, O APOIO EM SAÚDE MENTAL PARA OS PEQUENOS MUNICÍPIOS QUE NA SUA MAIORIA SÓ FAZEM ATENÇÃO BÁSICA E EVENTUAIS PROPOSTAS DE APOIO MATRICIAL COMO O PENSADO NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE A SEREM REGULAMENTADOS A PARTIR DA 3.252. Tem-se que fazer um estudo para recategorizar e definir onde e como ficarão as ações transversais a todas as áreas.

Da mesma maneira podemos aprofundar a discussão sobre as hoje denominadas Unidades de Pronto Atendimento que podem ser consideradas como Unidades Básicas 24 horas o que já acontece em inúmeros municípios brasileiros que só trabalham com Atenção Básica. As UPAS fazem parte da Atenção Básica ou de serviços especializados? Ou têm maior componente de Atenção Básica ou de Média e Alta Complexidade? As UPAS precisariam estar mais ligadas à básica ou à MAC? Consideramos o pronto atendimento uma ação indubitavelmente de primeiros cuidados em saúde.

Existe um cuidado a ser lembrado, nem que seja por excesso de precaução, que o fato de se aumentar o conceito de Atenção Básica **só pode acontecer com o acoplamento de mais recursos financeiros** e não apenas com os atuais já alocados na Atenção Básica. O mínimo que tem que ocorrer é trazer os mesmos recursos já alocados para essas ações hoje em outras áreas.

Esses são estudos para médio prazo que precisam começar para já darem frutos no próximo ano (2012) ou melhor, no Plano Plurianual de 2012-2015.

## b) PROPOSTAS DE CURTO PRAZO

“ O CONASEMS PLEITEOU ESSA DISCUSSÃO E EXERCEU PRESSÃO PARA QUE A EC-29 DEFINISSE UM VOLUME DE RECURSO MÍNIMO DESTINADO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE E DISTRIBUÍDOS PELO ÚNICO CRITÉRIO QUE FOSSE O POPULACIONAL, PER CAPITA ”

Outro ponto fundamental nessa proposta do CONASEMS é lutar pelo cumprimento da determinação constitucional da EC-29, CF-ADCT-77, § 2º **“CF-ADCT-ART. 77 – § 2º DOS RECURSOS DA UNIÃO APURADOS NOS TERMOS DESTE ARTIGO, QUINZE POR CENTO, NO MÍNIMO, SERÃO APLICADOS NOS MUNICÍPIOS, SEGUNDO O CRITÉRIO POPULACIONAL, EM AÇÕES E SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE, NA FORMA DA LEI.”**

O CONASEMS pleiteou essa discussão e exerceu pressão para que a EC-29/2000 definisse um volume de recurso mínimo destinado a ações e serviços de saúde e distribuídos pelo único critério que fosse o populacional, *per capita*. Foi dessa pressão que surgiu esse dispositivo.

Necessário dissecar esse preceito constitucional:

- O artigo cuida de estabelecer um mínimo destinado à Ações e Serviços Básicos de Saúde.
- Define que esse mínimo é de 15% dos recursos apurados pela União segundo a EC-29/2000, ou seja, o mesmo recurso total empenhado no Ministério da Saúde no ano anterior aplicada a Variação Nominal do PIB – VNPIB.
- O destino desses recursos é EXCLUSIVAMENTE PARA OS MUNICÍPIOS: aplicados nos municípios.
- O critério dessa transferência federal é SEGUNDO O CRITÉRIO POPULACIONAL.



- Finalmente coloca que o CRITÉRIO POPULACIONAL e AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE são aqueles na forma da lei.
- Como a lei de regulamentação prevista pela própria EC-29/2000 não tem como finalidade nem explicar o que seja CRITÉRIO POPULACIONAL e muito menos quais sejam as AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE é mandatório que se assuma o que já está na CF e na Lei 8.080/90.
- Na CF estão definidos ações e serviços de saúde que sejam destinados à Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde; o detalhamento de outras ações está na CF 200; na Lei 8.080/90, repete-se que são ações e serviços de saúde aquelas que dizem respeito à Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (Art. 5) e detalhadas com riqueza (Art. 6º), explicitando melhor a CF.
- Na Lei 8.080/90 (na forma da Lei) está claramente definido como deverá ser a transferência pelo quociente populacional: “Lei 8.080/90, Art.35, §1º – Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.” O CONASEMS discorda da justificativa do MS de que os recursos do PSF, ESB,

PACS, SAMU e outros sejam considerados uma transferência *per capita*, pois, esses recursos usam a base populacional, mas não são transferência *per capita*.

- RESUMINDO: OS MUNICÍPIOS DEVEM RECEBER DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO MÍNIMO 15%, TRANSFERIDO *PER CAPITA*, PARA AÇÕES E SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE.
- Existem três condições em jogo: é só para Municípios, é para Atenção Básica, o quantitativo mínimo é de 15% e o critério de transferência é aquele que usa a população como base.

Apresenta-se, a seguir, uma simulação a partir dos recursos da PLOA para 2011:

HIPÓTESES VALORES AÇÕES E SERVIÇOS BÁSICOS EM RELAÇÃO AOS 15% MS -2011					
VARIÁVEIS	HIPÓTESES	TOTAL MS	TOTAL	PC/194,9 mi	PERDA
MOEDA	R\$ bi	R\$ bi	%	R\$	R\$ bi
LEGAL 15% DA RECEITA MS	10,382	68,653	15%	53,27	0
PREVISTO NA PLOA 2011	4,200	68,653	6%	21,55	6,18
PLOA PAB FIXO + AFB	5,082	68,653	7%	26,08	5,30
CONASEMS -PAB FIXO + AFB	8,895	68,653	13%	45,64	1,48

FONTE: PLOA 2011 – ESTUDOS GC

Esse quadro deve ser interpretado da seguinte maneira: o prescrito pela ADCT é de que gaste com municípios, *per capita*, com ações e serviços básicos de saúde no mínimo 15% dos recursos da União o que daria um valor mínimo de R\$ 10,382 bi representando R\$ 53,27 *per capita* com perda zero. Hoje previsto na PLOA os únicos recursos que podem ser considerados como transferidos aos municípios, *per capita*, são os do PAB FIXO e significa só R\$ 4,2 bi o que (contrariando a CF) é apenas 6% da receita do MS, um *per capita* de R\$ 21,55 havendo uma perda de mais da metade dos recursos (R\$ 6,182 bi). Se for tomado o PAB FIXO + a Farmácia Básica o recurso da PLOA passa a ser R\$ 5,082 bi, 7% da receita do MS, R\$ 26 PC e a perda diminui para R\$ 5,3 bi. Diante da proposta do CONASEMS de corrigir o PAB-FIXO a R\$ 38,5, o PAB Variável com 60% de aumento e outras despesas básicas menores com aumento variáveis entre 50 e 100%. Nesse caso, ainda teria uma diferença a menor de R\$ 1,487 bi que deveriam ter uma destinação que fosse alocada *per capita*.

Nunca é demais lembrar para que se esteja atento. Diante de pressão pode ser que o Ministério da Saúde decida por cumprir a CF em relação aos 15% *per capita* para atenção básica. Logo em seguida pode enveredar por ampliar o conceito da Atenção Básica e colocar nos valores *per capita* uma série de outras obrigações a mais que as de hoje. Já vivemos essa de aumentar recursos emprenhados de novas responsabilidades e obrigações. Para concluir: podem parecer aos incautos que esses recursos a mais sejam



absurdos. Basta lembrar-se dos valores originais em que foi fixado o PAB-FIXO na sua origem e os valores destinados ao pagamento da equipe de saúde da família que era suficiente para garantir seus custos reais e que hoje representam apenas cerca de ¼ dos valores médio gastos pelos municípios. A lógica de alocação desses recursos mínimos para atenção básica seria apenas a alocação de recursos que estivessem inclusos como típicos de Atenção Básica à época da aprovação da EC-29, ou seja, setembro de 2000.

O financiamento da Atenção Básica tem de assumir um papel mais relevante principalmente nas esferas federal e estadual já que a esfera municipal a tem sustentado com muito maior comprometimento de suas receitas. Como luta, a médio prazo, o CONASEMS defende que os recursos federais para a saúde sejam repassados em um único bloco diretamente fundo a fundo, para decisão dos municípios com seus técnicos, com a administração municipal, com o Conselho de Saúde e com o seu legislativo.

Transitoriamente, o CONASEMS defende que pelo menos os recursos destinados à Atenção Básica sejam transferidos a municípios de forma direta e automática, no modo Fundo a Fundo e em um único bloco.

Enquanto nada disso se concretiza, o CONASEMS já para o ano de 2011 defende mais recursos para a atenção básica, ainda que distribuídos de maneira tradicional, pelas várias



modalidades do Bloco da AB. O aumento pretendido pelo CONASEMS é de mais R\$ 9,88 bi que somados aos recursos já alocados na AB em R\$ 14,2bi elevariam a R\$ 24,0 bi.

Existem na atual formatação orçamentária áreas que não deveriam estar como responsabilidade da atenção básica e dos municípios como a População do Sistema Penitenciário – obrigação precípua das Secretarias de Justiça com apoio das Secretarias Estaduais de Saúde.

De outro lado, ações bem típicas da AB deveriam ter mais recursos como Alimentação e Nutrição e uma proposta mais clara e objetiva de trabalho.

Outras áreas precisam de mais recursos reconhecidamente como PAB-FIXO, PSF, ESB, PACS, SB, SM, VS, FB o que é analisado com detalhes no documento conjuntural sobre a PLOA de 2011.

Tem que haver um esforço para investimentos em obras e equipamentos para unidades básicas de saúde. Tanto para expansão das unidades como para reestruturação de unidades já existentes. A proposta do CONASEMS é de que a cada ano, além de um número de unidades novas, sejam reestruturadas cerca de 10% das unidades existentes.



## c) Propostas imediatas para a Atenção Básica no Orçamento de 2011

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde apresentou ao Executivo e depois ao Congresso Nacional sua demanda em relação ao PLOA 2011 demonstrando a necessidade de mais recursos financeiros para a área de atenção básica. O CONASEMS, como membro efetivo da COFIN e do Conselho Nacional de Saúde, foi um dos construtores da proposta já apresentada pelo CNS. Infelizmente, não houve sensibilidade com essa proposta nem no Executivo, nem no Legislativo. Mas, fica o registro para o novo governo que agora assume.

### 1) MAIS RECURSOS PARA O PAB-FIXO

O valor da época de sua instituição (R\$ 12,00 por habitante/ano em setembro/1996), atualizado monetariamente pelo IGPM/FGV, corresponderia a R\$ 40,16 em novembro/2010, mais que o dobro que os R\$ 18,00 vigente em dezembro de 2010.

Considerando que a população brasileira estimada pelo IBGE para 2010 é de 194,933 mi habitantes, o valor do PAB-Fixo no PLOA 2011 deveria ser de R\$ 7,820 bi, mas foi programado R\$ 4,200 bi, sendo necessário mais R\$ 3,620 bi. O objetivo dessa revisão é fortalecer o financiamento das ações de promoção e proteção à saúde.

### 2) MAIS RECURSOS PARA O PAB-VARIÁVEL

É preciso aumentar os recursos destinados ao PAB-VARIÁVEL, para pagamento dos Agentes Comunitários de Saúde, da Equipe de Saúde da Família, da Equipe de Saúde Bucal. A presente proposta amplia em 40% os valores originalmente alocados no PLOA 2011, passando de R\$ 6,746 bilhões para R\$ 9,485 bilhões (ou recursos adicionais de R\$ 2,739 bilhões), como forma de iniciar um processo de recuperação gradual da defasagem existente. Essa defasagem das transferências federais pela atenção básica tem sido suprida pelos recursos municipais o que tem tornado o programa cada vez mais inviável principalmente em sua expansão. Hoje os municípios estão responsáveis por cerca de ¾ das despesas com cada equipe de saúde da família.

### 3) MAIS RECURSOS PARA A SAÚDE BUCAL

A proposta orçamentária elaborada pela área técnica da Saúde Bucal do Ministério da Saúde foi oficialmente reduzida na proposta do Executivo para o PLOA 2011. A proposta

“ CONSIDERANDO QUE A POPULAÇÃO BRASILEIRA ESTIMADA PELO IBGE PARA 2010 É DE 194,933 MI HABITANTES, O VALOR DO PAB-FIXO NO PLOA 2011 DEVERIA SER DE R\$ 7,820 BI, MAS FOI PROGRAMADO R\$ 4,200 BI, SENDO NECESSÁRIO MAIS R\$ 3,620 BI ”

é que esses recursos solicitados sejam incorporados no montante solicitado pela área técnica. Os recursos previstos no PLOA 2011 são R\$ 85 mi e o necessário R\$ 168 mi, portanto não necessários mais R\$ 83 mi.

#### 4) MAIS RECURSOS PARA A VIGILÂNCIA À SAÚDE

A proposta pleiteia recursos a mais para a Vigilância à Saúde em R\$ 1,389 bilhões, passando de R\$ 1,337 bilhões para R\$ 2,726 bilhões. O objetivo dessa proposta é garantir a alocação de recursos adicionais para distribuição direta aos municípios pelo critério *per capita* para as atividades de promoção e proteção à saúde.

#### 5) MAIS RECURSOS PARA ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

A proposta pleiteia mais recursos para a alimentação e nutrição em consonância com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde e com os anseios da comunidade e de técnicos que atuam nessa área, que apuraram já em 2010 a necessidade de R\$ 154 para Alimentação e Nutrição. Considerando a alocação de apenas R\$ 42 mi no PLOA 2011, faz-se necessário acrescentar R\$ 112 mi no orçamento de 2011.

“ EXISTE CONTROVÉRSIA SOBRE A PRESENÇA DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA. NA PLOA NÃO EXISTE RECURSO ALOCADO POIS FOI DESLOCADO DA ATENÇÃO BÁSICA ”

#### 6) MAIS RECURSOS PARA A SAÚDE MENTAL EM AB

Existe controvérsia sobre a presença da Saúde Mental na atenção básica. No PLOA não existe recurso alocado pois foi deslocado da atenção básica. A proposta de aumento de recursos para a área de saúde mental atende à demanda do setor para o aprofundamento de ações de enfrentamento da epidemia de drogadicção ao álcool e outras drogas com ênfase no crack. O acréscimo de recursos totaliza cerca de R\$ 300 mi. Somados aos recursos necessários para o Programa de Volta Para Casa teríamos: previsto R\$ 18 mi com R\$ 15 mi a mais necessários chegaríamos a R\$ 33 mi.

#### 7) MAIS RECURSOS PARA A FARMÁCIA BÁSICA

Estão previstos no PLOA 2011 R\$ 1,06 bi. Visando ampliar os recursos para a atenção básica indica-se pela necessidade de alocar mais R\$ 395 milhões o que elevaria o valor de 2011 a R\$ 1,455 bi. Esses recursos deverão ser todos transferidos em valor *per capita* como previsto no artigo 35 da Lei 8.080/90: independentemente de qualquer outra operação que não seja a divisão pura e simples entre o montante de dinheiro e a população de cada município. Esse recurso estaria aqui alocado ainda que sendo básico está no bloco de assistência farmacêutica.

## 8) MAIS RECURSOS PARA CONSTRUÇÃO E REFORMA DE UNIDADES BÁSICAS

A proposta pleiteia aumento de recursos para a construção e reforma das unidades de saúde e visa tanto expansão de unidades e melhor equipamento como a reforma paulatina de unidades existentes, visando reverter o déficit acumulado ao longo de muitos anos e contemplar a prioridade do PAC II- Programa de Aceleração do Crescimento. Seria necessário alocar mais R\$ 1,685 bilhões no PLOA 2011, passando de R\$ 0,565 bilhões da programação original para R\$ 2,250 bilhões.

### • Considerações sintéticas sobre o Financiamento da Atenção Básica para o Orçamento de 2011

Há uma necessidade sentida, real, de que a ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE (PRIMEIROS CUIDADOS COM SAÚDE) tenha mais recursos. Os números acima descritos estão consolidados no quadro abaixo.

CONSOLIDADO DA PROPOSTA DE MAIS RECURSOS PARA ATENÇÃO BÁSICA EM 2011, SEGUNDO O PLOA 2011			
Ações	PLOA 2011 em aprovação no Congresso R\$ bi	Adicionais solicitados pelo CONASEMS e CNS R\$ bi	PLOA 2011 se fosse revisado R\$ bi
1. PAB-FIXO	4,200	3,620	7,820
2. PAB-VARIÁVEL (ESF-ACS-SF)	6,746	2,739	9,485
3. SAÚDE BUCAL-AB	0,085	0,083	0,168
4. VIGILÂNCIA EM SAÚDE	1,337	1,389	2,726
5. ALIMENTAÇÃO-NUTRIÇÃO	0,042	0,112	0,154
6. S.MENTAL- DE VOLTA PARA CASA E NASF-3 A.BÁSICA	0,018	0,315	0,333
7. FARMÁCIA BÁSICA	1,060	0,395	1,455
8. ESTRUTURAÇÃO REDE AB	0,565	1,685	2,250
<b>TOTAL</b>	<b>14,053</b>	<b>10,338</b>	<b>24,391</b>

FONTE: PLOA 2011 – ESTUDOS GC

Todos sabem da preocupação do CONASEMS com o cumprimento da legislação, principalmente quando ela representa desejo e anseio da população. Além disso, há necessidade de mais recursos para AB no entendimento dos técnicos que, no mundo e no Brasil, se debruçam nesses estudos tanto de financiamento como da AB, ou APS ou Primeiros Cuidados com Saúde.



## Referências Bibliográficas

CAMPOS, G. W. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000.

\_\_\_\_\_. Reflexões sobre a Clínica em Equipes de Saúde da Família, publicado in Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, Roberto Xavier; TOMASI, Elaine; THUMÉ, Elaine; SILVEIRA, D.; SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes; RODRIGUES, Maria Aparecida Pinheiro. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. no prelo, p. 669-681, 2006.

FERNANDES DA SILVA, S. (org). Redes de Atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. IDISA/CONASEMS, Campinas, SP, 2008.

FUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface – Comunicação, Saúde e Educação, 2005.

\_\_\_\_\_. A cadeia do cuidado em saúde. São Paulo, 2010.

FRANCO, T. B. & MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na Assistência à Saúde: a organização das linhas de cuidado. Publicado *In*: O Trabalho em Saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Editora Hucitec, 2003.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, *in* Pinheiro R. e Mattos R. A. (Orgs.), *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ – ABRASCO, 2006.

NEDEL, F. B.; FACCHINI, L. A.; MARTIN-MATEO, M.; VIEIRA, L. A.S.; THUMÉ, E.. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Revista de Saúde Pública/Journal of Public Health*, v. 42, p. 1041-1052, 2008.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. Texto: O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação.

MERHY, E. E & FEUERWERKER, L. C. M. & CECCIM, R. B. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 2006.

MERHY, E. E & FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. UFS, São Cristóvão, 2009.

SANTOS, LENIR.; MONTEIRO DE ANDRADE, LUIZ ODORICO. SUS; o espeço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. IDISA, 2007.

SILVA, S. F (org.). Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008.

PANIZ, V. M. V.; FASSA, Anaclaudia Gastal; FACCHINI, L. A.;BERTOLDI, A. D.; PICCINI, Roberto Xavier; TOMASI, Elaine;THUMÉ, Elaine; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes;RODRIGUES, Maria Aparecida Pinheiro. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)*, v. 24, p. 267-280, 2008.

PICCINI, Roberto Xavier; FACCHINI, L. A.; TOMASI, Elaine; THUMÉ, Elaine; SILVEIRA, D.; SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes;RODRIGUES, Maria Aparecida Pinheiro. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. no prelo, p. 657-667, 2006.

PICCINI, Roberto Xavier; FACCHINI, L. A.; TOMASI, Elaine; THUMÉ, Elaine; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes;RODRIGUES, Maria Aparecida Pinheiro; PANIZ, V. M. V.; TEIXEIRA, V.A.. Efetividade na atenção pré-natal e puericultura em unidade básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 7, p. 73-80, 2007.

RODRIGUES, Maria Aparecida P; Facchini, Luiz Augusto; PICCINI, Roberto Xavier; TOMASI, Elaine; THUMÉ, Elaine; Silveira, Denise Silva; Siqueira, Fernando Vinholes; Paniz, Vera Maria Vieira. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. *Revista de Saúde Pública/Journal of Public Health*, p. 604-612, 2009.

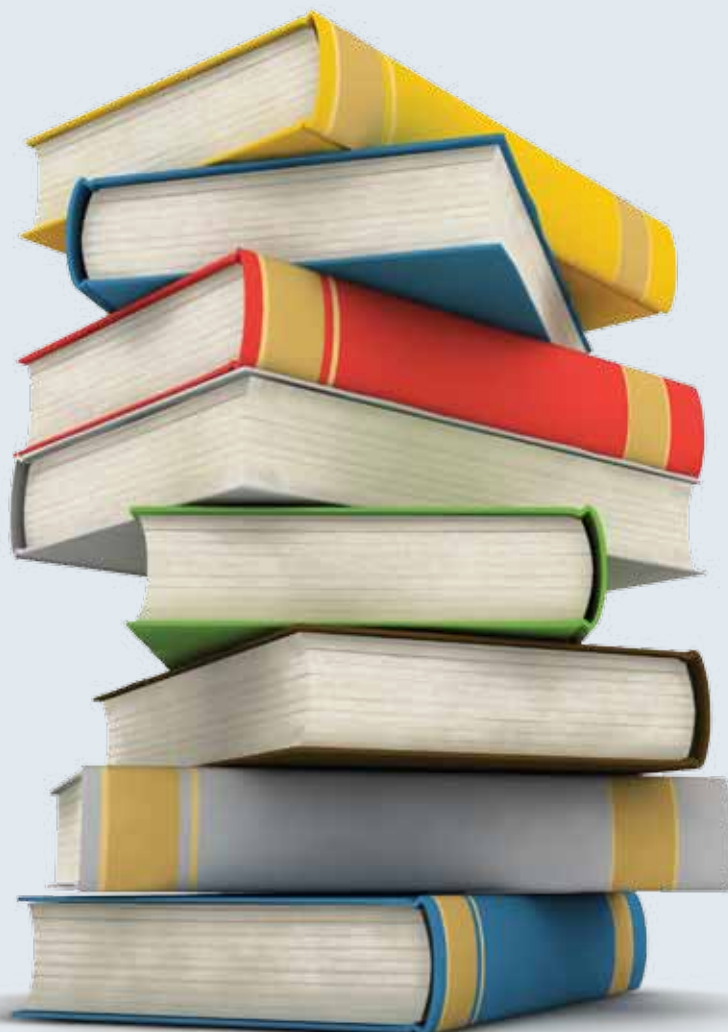
RODRIGUES, Maria Aparecida Pinheiro; FACCHINI, L. A.; PICCINI, Roberto Xavier; TOMASI, Elaine; THUMÉ, Elaine; Silveira, Denise Silva da; Paniz, Vera Vieira; SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes. Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)*, v. 24, p. 2267-2278, 2008.

TOMASI, Elaine; Facchini, Luiz Augusto; PICCINI, Roberto Xavier;THUMÉ, Elaine; Silveira, Denise Silva da; Siqueira, Fernando Vinholes; Rodrigues, Maria Aparecida; Paniz, Vera Vieira; Teixeira, Vanessa Andina. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica

à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ), v. 24, p. 193, 2008.

## CAPÍTULOS LIVRO

1. FACCHINI, LA; PICCINI, Roberto Xavier; TOMASI, Elaine; THUMÉ, Elaine; SILVEIRA, D. S.; TEIXEIRA, V. A.; MAIA, Maria de Fatima Santos; OSÓRIO, Alessander; Siqueira, Fernando Vinholes; DILÉLIO, A.S.; PANIZ, V. M. V.; Rodrigues, Maria Aparecida. Contribuições do Estudo de Linha de Base da UFPEL às políticas, aos serviços e à pesquisa em atenção básica à saúde. In: Hartz Z; Felisberto E; Silva LV. (Org.). Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, v., p. 167-197.
2. PICCINI, Roberto Xavier; Facchini, LA; TOMASI, Elaine; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; TEIXEIRA, V. A.; MAIA, Maria de Fatima Santos; OSORIO, A.; Siqueira, Fernando Vinholes; DILÉLIO, A.S.. Capacitação no PROESF-UFPEL: contribuições à educação de trabalhadores e à pesquisa em atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. In: Hartz Z; Felisberto E; Silva LV. (Org.). Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, v., p. 199-220.
3. FACCHINI LA e Garcia LP. "Evolução e avanços da Saúde da Família e os 20 anos do Sistema Único de Saúde no Brasil". In: Brasil, Ministério da Saúde. "Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde no Brasil". Brasília: Ministério da Saúde, 2009.





# 6. Notas

---

1. Carta de Gramado, disponível em [www.conasems.org.br](http://www.conasems.org.br)
2. Na página 7, explicitamos a posição
3. O British Medical Journal, “**Brazil’s Family Health Programme**” e “**Economic success threatens aspirations of Brazil’s public health system**”, 29 de outubro de 2010
4. Mendes, E.V. **As redes de atenção à saúde** – Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.
5. Starfield B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002
6. Mendes, E.V. **As redes de atenção à saúde** – Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.
7. Santos, Lenir;Andrade, Luís O.M. **SUS: o espaço da Gestão Inovada e dos consensos interfederativos**. Campinas, CONASEMS/IDISA; 2007.
8. Conill E M. **Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.
9. Starfield B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.
12. Sousa MF, Hamann E M. **Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?** Ciência e saúde coletiva vol.14 supl.1 Rio de Janeiro set./out. 2009.

# 7. Anexo

---

## **O ESTADO QUE TEMOS E OS RUMOS QUE QUEREMOS**

### **Contribuição para posicionamento com os novos Governos: Federal e Estaduais**

#### **RESUMO**

#### **1. NOSSA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: NOVOS RUMOS?**

- 1.1 QUANTO AO SUB-FINANCIAMENTO PÚBLICO DO SISTEMA PÚBLICO
- 1.2 QUANTO À RELAÇÃO PÚBLICO – PRIVADO
- 1.3 QUANTO AO GERENCIAMENTO PÚBLICO DOS ESTABELECIMENTOS PÚBLICOS DE SAÚDE E GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS
- 1.4 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: SUA REALIZAÇÃO
- 1.5 PROPOSTA DE MEDIDAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DOS RUMOS CONSTITUCIONAIS

#### **2. NOSSA INTERAÇÃO NA MACROPOLÍTICA E MACROECONOMIA**

- 2.1 A QUESTÃO POSTA
- 2.2 O PASSADO RECENTE
- 2.3 O PASSADO MAIS RECENTE
- 2.4 NOVAMENTE A QUESTÃO POSTA

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



**Nelson Rodrigues dos Santos**

**Dez./2010**

## **RESUMO**

Dentre os inúmeros e complexos obstáculos e dificuldades à implementação da política pública de saúde que surgiram e/ou tornaram-se visíveis nos 20 anos da Lei Orgânica da Saúde, o autor destaca três entre os mais estruturantes, o financiamento, a relação público-privado e o gerenciamento público de prestação de serviços/gestão de recursos humanos, cujos rumos crê refletir o conjunto, tanto dos desvios e distorções como de possível retomada dos rumos pactuados na Assembleia Nacional Constituinte em 1987/1988.

A avaliação e a proposta expostas ao final da primeira parte, com possível consistência no âmbito setorial da saúde, carecem contudo de maior ponderação quanto ao contexto das políticas públicas e do desenvolvimento da relação Sociedade-Estado, com pena de diminuir sua oportunidade de contribuir em possíveis mudanças. Por isso, ousa na segunda parte algumas abordagens sobre o referido contexto, ainda que sob o viés somente da vivência e reflexão acumuladas em militância na política pública de saúde, e por isso convida ao final para a continuação do debate da referida ponderação.



## 1) NOSSA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: NOVOS RUMOS?

### 1.1 QUANTO AO SUBFINANCIAMENTO PÚBLICO DO SISTEMA PÚBLICO

A esfera federal vem, de modo constatado, retraindo proporcionalmente sua parcela no financiamento público da saúde. Essa retração tornou-se mais explícita a partir de 1990, após a Constituição e a Lei Orgânica da Saúde, mas iniciou já nos anos 80 simultaneamente ao intenso crescimento das responsabilidades municipais em saúde na época, seguido após pelos estados. Em 1980, 75% do financiamento público era de origem federal e 25% de origem municipal/estadual. Em 2008, somente 46% era de origem federal e 54% de origem municipal/estadual (27,5 municipal e 26,5% estadual), enquanto a participação na arrecadação tributária é de 60% para a esfera federal, 24% para a estadual e 16% para a municipal. No primeiro ano da aplicação da EC 29 (2001) a média nacional dos municípios já chegava ao mínimo de 15%, em 2008 em 19,5% e hoje por volta de 22%, o que significa 10 bilhões anuais além do mínimo constitucional. Os Estados estavam em 2007 com média nacional pouco acima de 11% em relação ao mínimo constitucional de 12%; 11 deles com 12% ou pouco mais, 9 deles entre 9 e 12%, e 7 entre 3,5% e 9%. A esfera federal em retração frente ao crescimento populacional e à inflação.

Sob outro ângulo, a parcela federal passou a ter sua participação reduzida dentro da receita corrente da União, paradoxalmente ao crescimento dessa receita: de 1995 a 2004, enquanto a receita corrente cresceu de 19,7% para 26,7% do PIB, a participação do orçamento do Ministério da Saúde na receita corrente, caiu de 9,6% para 7,5%. Essa retração prosseguiu após a EC-29/2000, quando o governo federal pressionou e definiu as parcelas municipal e estadual com base em porcentuais mínimos das suas arrecadações (15% e 12%), mas recusou esse critério para si, impondo a variação nominal do PIB do ano anterior, cujo porcentual perde para o crescimento populacional



e a inflação residual. Prossegue até agora, com a pétreia recusa da área econômica, de regulamentar a EC-29/200 com base em porcentual da arrecadação federal, que nada mais seria que retomar sua responsabilidade constitucional já assumida pelos municípios e a maioria dos estados. Por consequência, nosso país permanece entre os piores financiamentos públicos do planeta: somente 3,74% do PIB, somente 44% do financiamento total e somente 340 dólares padronizados internacionalmente, por habitante-ano, enquanto em todos os países europeus, Canadá e vários outros, são em média, respectivamente, 7/8%, 80% e 2000.

“ OS REPASSES FEDERAIS AOS MUNICÍPIOS PARA ATENÇÃO BÁSICA (PISO FIXO E PISOS VARIÁVEIS) REPRESENTAM HOJE VALORES REAIS QUE OSCILAM ENTRE 20 E 30% DOS VALORES DE 1998. ”

É de ressaltar que o subfinanciamento federal do SUS é constante e gradativo nos 20 anos desse sistema público. Entre 1998 e 2010 (12 anos), os gastos federais com assistência de média e alta complexidade do SUS, cresceram seis vezes, ainda abaixo do crescimento inflacionário e populacional nesse período, mas os gastos com atenção básica à saúde cresceram somente três vezes. Os repasses federais aos municípios para atenção básica (piso fixo e pisos variáveis) representam hoje valores reais que oscilam entre 20 e 30% dos valores de 1998.

## 1.2 QUANTO À RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO

É de reconhecimento geral a indefinição, baixa clareza e muitas vezes o obscurantismo e promiscuidade predatória da relação público-privado em nosso sistema público de saúde, senão vejamos:



Em primeiro lugar, temos que partir de 1990 a área econômica vem elevando, ininterruptamente, subsídios públicos (diretos e indiretos) ao mercado de planos e seguros privados de saúde. Esses subsídios incluem **a)** isenção tributária a hospitais privados terciários credenciados por operadoras de planos privados e a indústria farmacêutica; **b)** a participação do orçamento público, incluindo as estatais, no financiamento de planos privados aos servidores públicos; **c)** as deduções no IRPF e IRPJ dos consumidores de serviços privados de saúde; e **d)** o não ressarcimento das operadoras privadas previsto na Lei nº 9.656 de 1998. O valor total desses subsídios corresponde hoje a mais de 20% do faturamento anual do conjunto de todas as operadoras privadas de planos e seguros de saúde que atuam no país. Somente a isenção tributária e a dedução do IRPF e IRPJ, equivaleram em 2006, a 30,6% dos gastos do Ministério da Saúde. Acresce a esses subsídios um novo papel da ANS que é o de intermediar e facilitar polpudos empréstimos do BNDES e do BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento), a hospitais privados de grande porte; “sem fins lucrativos”, credenciados por operadoras privadas de planos e seguros de saúde e as próprias operadoras. A decorrência imediata é a elevação acintosa da disparidade e iniquidade do financiamento da saúde em nossa sociedade: o *per capita* em reais do SUS em 2008 para toda a população foi por volta de R\$ 545 anuais e dos planos e seguros privados para seus afiliados (25% da população) foi de R\$ 1.185, e como esses afiliados também estão cobertos pelo SUS, seu *per capita* efetivo é de R\$ 1.730. Com relação ao valor estimado do não ressarcimento, é importante lembrar que: **a)** já em 2003, o PNAD/IBGE revelava que 7% dos atendidos nos ambulatórios do SUS eram afiliados a planos privados, assim como 8,4% dos atendidos em exames diagnósticos, 11,6% em procedimentos de alta complexidade e 6,7% das internações, nas quais, 9% para as cirúrgicas, afóra a cobertura das ações de vigilância sanitária, imunizações, controle da AIDS e outras, e **b)** o valor dos gastos do SUS com procedimentos de alta complexidade é mais de quatro vezes maior que o das internações.



Em segundo lugar, os serviços privados contratados e conveniados pelo SUS são remunerados na prática por tabela de procedimentos e valores, por produção, altamente indutora de relações de mercado e não de parceria, além de perversa na relação custo – valor de cada procedimento.

Em terceiro lugar, 70% da provisão de internações no país eram pelo SUS em 2005: além da maior parte ter sido em leitos privados contratados e conveniados pelo SUS, em caráter complementar (previsto na Lei 8.080/90), foram em hospitais privados também credenciados pelas operadoras de planos e seguro privados, com baixíssimo controle dos direitos dos usuários e prioridades sob os ângulos contábil, burocrático e assistencial. Só em relação aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT, 92% são de origem privada, a maior parte contratada pelo SUS.

Em quarto lugar, a inusitada multiplicação de contratos e convênios de terceiros privados fornecedores de pessoal de saúde disponibilizados para os gestores descentralizados do SUS operarem serviços de saúde, desde os de atenção básica até os de média e alta complexidade: cooperativas de profissionais, ONG e outras entidades sem fins lucrativos e empresas.

Em quinto lugar, a terceirização privatizante do próprio gerenciamento de estabelecimentos públicos (Fundações Privadas de Apoio, OSs e OSCIPs).

Em sexto lugar, a extensão legal, em andamento, das fundações privadas de apoio para as OSs, da venda de serviços públicos de saúde no mercado, sob a justificativa da insuficiência de recursos públicos.

Em sétimo lugar, a privatização da regulação das unidades públicas geridas por entes privados.



Em oitavo lugar, os inúmeros particularismos no seio dos serviços públicos desde o descumprimento de jornadas de trabalho e protelação de realização de procedimentos, incluindo os hospitalares, até maior acesso e cuidado a pacientes oriundos de planos privados.

Essas questões, embricadas entre si, entre várias outras, vem configurando nos 20 anos do SUS complexo “emaranhado” de distorções privatizantes e escapismos da gestão pública, sob pressão para assistir a população, porém de caráter antipúblico, iníquo e incontrolável. É de ressaltar que essa relação público-privado na saúde é constante e crescente nos 20 anos do SUS.

### 1.3 QUANTO AO GERENCIAMENTO PÚBLICO DOS ESTABELECIMENTOS PÚBLICOS DE SAÚDE E GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS

- **O Impasse Atual:**

A ineficácia e ineficiência do burocratismo e centralismo da administração pública direta e autárquica frente à massiva e complexa demanda social por serviços de saúde, somados aos drásticos subfinanciamento federal e o limite até 54% das despesas correntes líquidas para ampliação do quadro de pessoal dos municípios, compelem os gestores municipais a um cotidiano de completar valores de procedimentos da tabela federal, com recursos do orçamento municipal, para diminuir a desassistência especializada e laboratorial, assim como conviver com as “complementações” familiares de usuários do SUS para viabilizar diárias de UTI, próteses, agenda de cirurgias e vários outros procedimentos. Compelem também à precarização da gestão dos trabalhadores de saúde, com baixa remuneração, sem carreiras e baixa educação permanente e estabilidade, tanto estatutários como celetistas e como terceirizados.





A evidente impossibilidade de controle da finalidade pública no “emaranhado” de distorções privatizantes referido no item anterior, e da implementação dos princípios e diretrizes do SUS, vem impedindo, em nível nacional, as necessárias mudanças nos modelos de gestão e atenção. Os gestores públicos descentralizados, seu corpo dirigente, técnico e profissionais de saúde são levados à angústia diária tentando reprimir menos a demanda de situações de maior gravidade e as de urgência, e por falta de recursos, são compelidos a reprimir mais a demanda das situações menos graves, eletivas, e das ações de proteção aos riscos, sabendo que essa repressão gera as situações mais graves e de urgência. Essa angústia estende-se ao fato de a atenção básica à saúde não estar nacionalmente financiada e projetada para ter cobertura universal, nem alta resolutividade e nem vir a ser a porta de entrada preferencial no sistema, e por isso sem condições de estruturá-lo em redes regionais de cuidados integrais à saúde. É de ressaltar a resistência federal no campo da reforma administrativa do Estado, nos 20 anos do SUS, de criar e disponibilizar alternativas administrativas públicas realmente e eficientes e eficazes, em relação à administração direta e autárquica, para o gerenciamento público da prestação de serviços.

A maior contradição ou conflito estrutural explicita-se entre esse “emaranhado” – as terceirizações, ao contrário de serem desenvolvidas como complementares ou suplementares em situações específicas, foram alçadas para o espaço central do sistema,

“ A EVIDENTE IMPOSSIBILIDADE DE CONTROLE DA FINALIDADE PÚBLICA NO ‘EMARANHADO’ DE DISTORÇÕES PRIVATIZANTES REFERIDO NO ITEM ANTERIOR, E DA IMPLEMENTAÇÃO DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS, VEM IMPEDINDO, EM NÍVEL NACIONAL, AS NECESSÁRIAS MUDANÇAS NOS MODELOS DE GESTÃO E ATENÇÃO. ”



– e do outro lado, a ineficácia e ineficiência do gerenciamento público dos serviços pela administração direta e autárquica e a marcante insuficiência do financiamento federal.

Os colegiados gestores e de controle social do SUS vêm periodicamente formulando estratégias de avanços possíveis e de resistência, sendo a mais recente, o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão de 2006, que assume o objetivo de insistir nas pactuações regionais para construção do planejamento e gestão regional compartilhados, da atenção integral à saúde segundo as necessidades da população, com Atenção Básica à Saúde progressivamente resolutiva, universal, ordenadora e

estruturante das referências especializadas ambulatoriais, laboratoriais e hospitalares no território regional. Tentam impedir desestruturação maior dos vínculos com as diretrizes constitucionais, unindo forças e acumulando experiência, o que é extremamente imprescindível. O objetivo subjacente é o de retardar a consolidação estruturante do “SUS pobre para os pobres e complementar para os afiliados aos planos privados de saúde” política hegemônica “implícita”, até que novas relações de forças sociais, políticas e econômicas surjam. Outro ângulo desse importantíssimo esforço dos colegiados gestores e de controle social é seu respaldo e interação com milhares de experiências locais ou microrregionais no território nacional, levadas a cabo por equipes multiprofissionais

de saúde, ao nível da micropolítica e do microprocesso de trabalho, esforçando-se criativamente e exaustivamente na efetivação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade junto à população, mesmo sabendo das graves distorções e impedimentos ao nível da macropolítica e macroeconomia. Nessas experiências locais, inúmeras são compartilhadas com áreas da Universidade, resultando em avançados projetos de modelos de atenção à saúde e de produção de conhecimentos.

“ TENTAM IMPEDIR DESESTRUTURAÇÃO MAIOR DOS VÍNCULOS COM AS DIRETRIZES CONSTITUCIONAIS, UNINDO FORÇAS E ACUMULANDO EXPERIÊNCIA, O QUE É EXTREMAMENTE IMPRESCINDÍVEL. ”



## 1.4 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: SUA REALIZAÇÃO

É explícita quando avaliada através dos dispositivos constitucionais e infraconstitucionais instituídos pelo Legislativo e sociedade civil. É implícita quando avaliada através das hegemonias e contra-hegemonias que se sucedem na sociedade e no Estado; encontram-se nas entrelinhas das Leis e concretizam-se nas formulações de estratégias pelo Executivo.

Seguem, tópicos para reflexão acerca do espaço político e legal da formulação de estratégias.

- **Rumo Maior: Sociedade e Legislativo**  
Constituição Federal e Leis complementares
- **Rumos Adicionais: Sociedade e Executivo**  
Decretos, Portarias, Resoluções (Normatividade)  
Formulação de Estratégias
- **Estratégias Congruentes: Exemplos**
  - Ordenação da Descentralização
  - Comissões Intergestores (Interfederativos) de Pactuação
  - Fundos de Saúde e Repasses Fundo a Fundo
  - Direção única em cada esfera de governo
  - Elevação da capacidade de gestão descentralizada (Municípios, Estados e DF).

Apontam para modelo de atenção à saúde com base nas necessidades integrais e nos direitos de cidadania.



- **Estratégias Incongruentes: Exemplos**

- Retração do Financiamento Federal
- Manutenção do arcaísmo do gerenciamento público dos estabelecimentos públicos de saúde
- Altos subsídios públicos à produção e consumo de planos e seguros privados de saúde
- Largo predomínio da remuneração por produção (tabela) na oferta de serviços assistenciais de média e alta complexidade
- Dispositivo da Lei da Responsabilidade Fiscal que limita a ampliação do pessoal de saúde dos municípios
- Extensa terceirização e precarização da gestão do pessoal de saúde, celetista e estatutário.

“ MANTÉM O MODELO DE ATENÇÃO VOLTADO AOS INTERESSES DA OFERTA: INDÚSTRIA DE MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS, ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES E LABORATORIAIS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E CLASSISMO/ CORPORATIVISMO PROFISSIONAL. ”

Mantém o modelo de atenção voltado aos interesses da oferta: indústria de medicamentos e equipamentos, estabelecimentos hospitalares e laboratoriais de prestação de serviços e classismo/ corporativismo profissional.

Nos 20 anos de desenvolvimento das estratégias congruentes e das incongruentes, aparenta que a política implícita de saúde vem sendo formulada em espaços do núcleo estratégico do Estado, entre os Ministérios da Fazenda, da Casa Civil e

do Planejamento em negociação com os segmentos sociais hegemônicos, e baixa ou eventual participação do Ministério da Saúde, para o qual vem restando a difícil missão de normatizar a política implícita e discursar a explícita.



No decisivo espaço das políticas públicas e das estratégias da sua efetivação, a transgressão dos rumos constitucionais do SUS atingiu de tal modo as estruturas que a nova correlação de forças dos anos 90 pôs em xeque o Estado de Direito instituído nos anos 80 na política pública de saúde. Desafia, assim, o movimento da reforma sanitária, e os colegiados gestores e de controle social do SUS, a acrescentarem ao desgastante e ingênuo esforço de somente exigir a aplicação do instituído a retomada da postura e militância de instituintes.

## 1.5 PROPOSTA DE MEDIDAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DOS RUMOS CONSTITUCIONAIS

**Objetivo:** delinear os rumos para obtenção de elevada eficácia e eficiência na gestão, na regulação e no gerenciamento público da prestação de serviços universais, integrais, equitativos e de qualidade.

### • Quanto ao desvio estrutural

**1.5.1** Os mínimos de 15% e 12% dos impostos municipais e estaduais e DF, e de 10% da RCB federal, constituirão patamar ou base segura para que por etapas passemos de imediato dos atuais US\$ 350 públicos p.c./ano para perto de 500 e ao longo dos anos em mais duas ou três etapas, para US\$ 1.000. Esse valor seria ainda metade da média de US\$ 2.000 na Europa, Canadá, Japão e outros países com os melhores sistemas públicos do mundo, mas, seguramente, seria suficiente para estarmos entre os melhores, com base na inusitada capacidade dos gestores descentralizados desenvolvida em 20 anos, de “tirar água das pedras” e incluir no sistema metade da população antes excluída. Caberá aos governantes deixarem de fixar o patamar mínimo como “teto” e pactuar a elevação por etapas, assim como promover a aprovação dos 10% da RCB da União independentemente da criação ou não de nova contribuição



social. Por outro lado, pelos mesmos motivos ligados ao financiamento federal da Educação, a DRU deve ser extinta também das fontes do financiamento federal da Saúde, progressivamente ou não. Obs.: Os U\$ públicos p.c./ano padronizados pelo poder de compra constituem o indicador instituído pela OMS/ONU, e que infere os demais, como a % do financiamento público no financiamento total da saúde, a % do financiamento público no PIB, o p.c. público anual em reais e outros.

**1.5.2** – A indefinição, baixa clareza, obscurantismo e promiscuidade predatória da relação público-privado estão a exigir maior transparência, clareza dos limites e responsabilidades: tornam-se imprescindíveis reduções progressivas de todas as formas de subsídios públicos ao mercado de planos e seguros privados de saúde, referidos no item 2, assim como a redução e controle dos demais componentes do “emaranhado” de distorções privatizantes apontados no mesmo item. Exemplos: a) nenhum estabelecimento público, mesmo que gerido por ente privado, pode abrir uma porta de admissão para vender serviços públicos no mercado, b) os atuais convênios com as entidades privadas filantrópicas e os sem fins lucrativos deverão ter alternativa de evoluir para parcerias público-privadas com repasses globais não inferiores aos custos operacionais, com gestão própria ou cogestão com o SUS, corpo profissional e capacidade instalada exclusiva para o SUS, para cumprimento de metas definidas com o gestor público, e c) parcerias público-privadas formuladas transparentemente e aprovadas nos colegiados gestores e de controle social, nas áreas de economia de escala/control de qualidade em procedimento de alta densidade tecnológica, e de avaliação tecnológica em saúde. A proposta é a de pactuação de novos marcos regulatórios de interesse público ao nível nacional e estadual, pelos colegiados democráticos e representativos como a Comissão Intergestores Tripartite – CIT, Conselho Nacional de Saúde – CNS, Comissões Intergestores Bipartites – CIBs, Conselhos Estaduais de Saúde – CES, e a Agência Nacional de Saúde – ANS que hoje é



aparelho de Estado, regulador somente dos agentes do mercado, e tem seu conselho diretor hegemônico por representantes do mercado.

**1.5.3** – A partir do impasse descrito entre a administração direta e autárquica, com o “emaranhado” de distorções privatizantes, no item 1.3, a retomada do rumo “SUS”, além da questão do financiamento e da relação público-privado, passa necessariamente pelo desenvolvimento da autonomia gerencial de unidades públicas prestadoras de serviços, atrelada ao cumprimento eficaz e eficiente de metas de serviços de qualidade, definidas segundo as necessidades da população.

Essa autonomia gerencial supervisionada tem como partida a regulamentação e autorização, pelo Legislativo, do disposto no Art. 37 da Constituição Federal, inciso XIX e § 8º, que deverão ser pautadas por balizamentos gerados nos 20 anos do SUS, a serem aplicados às Fundações Públicas, tais como:

- O financiamento da fundação pública é público com porta de admissão única exclusiva do SUS, sob contrato por cumprimento de metas com qualidade e desempenho definidos em consonância com as metas do planejamento municipal de saúde e das redes regionais de atenção integral à saúde, discutidas e aprovadas nos conselhos de saúde.
- Outros ganhos vinculados a intercâmbios tecnológicos de interesse público e doações poderão ser realizados sob condição de manter e aprimorar as metas contratadas.
- O quadro de pessoal é contemplado com concurso público ou processo seletivo

“ OUTROS GANHOS VINCULADOS A INTERCÂMBIOS TECNOLÓGICOS DE INTERESSE PÚBLICO E DOAÇÕES PODERÃO SER REALIZADOS SOB CONDIÇÃO DE MANTER E APRIMORAR AS METAS CONTRATADAS ”



publicizado, plano de empregos, carreiras, cargos, salários, jornadas e educação permanente, permanecendo os cargos diretivos e gerenciais submetidos a critérios técnicos e administrativos expressos no estatuto, com preferência aos quadros de carreira. A relação de trabalho será a CLT, ficando excluído o procedimento de demissão sem justa causa.

“ A DIREÇÃO GERAL DA FUNDAÇÃO PÚBLICA É DE INDICAÇÃO DO SECRETÁRIO DA SAÚDE, COM PREFERÊNCIA A TÉCNICO OU DIRIGENTE DE CARREIRA PORTADOR DE RECONHECIDA EXPERIÊNCIA NA GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE. ”

– O dimensionamento, lotação e qualificação do pessoal de saúde são realizados exclusivamente em conformidade com as necessidades da população adscrita e referida e o cumprimento das metas, observando a adesão e fixação das equipes de saúde junto à população adscrita no âmbito da atenção básica e para o acesso oportuno nos serviços de referência

– A gestão dos recursos materiais e financeiros é publicizada e obedecerá os preceitos públicos licitatórios eficazes e eficientes.

– Os relatórios de gestão – financeira, material, de pessoal e de cumprimento de metas – serão pelo menos semestrais, integrados aos relatórios de gestão da Secretaria de Saúde, e publicizado em *site* oficial e diário oficial.

- A fundação pública é objeto das atividades de controle interno, externo e dos conselhos de saúde, e atuará em área territorial e populacional definida pelo gestor público.
- A direção geral da fundação pública é de indicação do Secretário da Saúde, com preferência a técnico ou dirigente de carreira portador de reconhecida experiência na gestão pública de saúde.





Ainda nesse item propositivo, deve estar pautada alteração no dispositivo específico da Lei da Responsabilidade Fiscal, elevando até 70% da receita corrente líquida municipal com pessoal de saúde.

- **Quanto a desdobramentos fundamentais**

**1.5.4** – Pactuação na Tripartite, Conselho Nacional de Saúde e Bipartites, e se for o caso, de Lei Nacional de diretrizes gerais orientadoras da legislação municipal e estadual autorizativa da criação de fundações públicas de saúde com autonomia gerencial supervisionada, para atuarem sob contrato de autonomia, visando a eficácia e eficiência no gerenciamento público de estabelecimentos públicos de saúde. Esse item deve ter um desenvolvimento acelerado, e desde o início deve ser implementado em estreita relação com as mobilizações pelo financiamento federal de nova lógica e pela publicização e democratização da relação público-privado.

**1.5.5** – As terceirizações privatizantes que ocupam hoje o espaço central dos gastos e do modelo de gestão vigente, (“emaranhado” descrito anteriormente), deverão perder espaço com a construção de nova hegemonia, interesse e controle público, através de etapas claramente negociadas e ocupadas com a decidida implementação do disposto no item anterior “1.5.4”, com medidas debatidas e apoiadas nos conselhos de saúde e na opinião pública. Por exemplo: Aplicação pelos entes federados, de diretrizes nacionais e estaduais pactuadas nos órgãos colegiados do SUS, de admissão, remuneração, carreiras, empregos, cargos, educação permanente e avaliação de desempenho, para celetistas e estatutários, assim como de priorização de quadros de carreira para funções de direção e assessoria, a começar pelo Ministério da Saúde.

**1.5.6** – Enquanto o disposto nos itens anteriores, “1.5.4” e “1.5.5”, se encontrar em implementação e consolidação, deverá, por meio de processo legal, ser suspensa



temporariamente a criação de novas OSs, OSCIPs, fundações privadas de apoio e entidades fornecedoras de pessoal de saúde para o SUS, e as que já foram criadas deverão adequar seus objetivos e métodos às diretrizes emanadas dos órgãos colegiados de gestão do SUS.

**1.5.7** – Na sequência da implementação do disposto nos três itens anteriores “1.5.4”, “1.5.5” e “1.5.6”, será imprescindível a identificação de situações específicas e excepcionais, que para assegurar a atenção integral à saúde, universal e equitativa, justifica-se parcerias público-privadas complementares, seja por meio de convênios e contratos de prestadores privados ou de co-gestão de próprios públicos e privados sem fins lucrativos, e sempre implementados, regulados e controlados pelo gestor público e respectivos conselhos de saúde.

**1.5.8** – No debate democrático da implementação do disposto nos itens anteriores, “1.5.4”, “1.5.5”, “1.5.6” e “1.5.7”, entre outras armadilhas que confundem e/ou desviam o fundamental/estrutural do secundário/conjuntural, que devem ser prontamente percebidas e evitadas, requer atenção especial quanto a:

- Evitar ilusão de que o desenvolvimento de novos modelos de gestão com gerenciamento mais eficaz e eficiente, por si, abrirá novos rumos. Se não forem simultaneamente empreendidas ações de elevação do financiamento com ênfase no federal, e na publicização da relação público-privado, estaremos frente a uma “panaceia” que distorcerá as próprias inovações na gestão. A recíproca é verdadeira: a elevação do financiamento não levará por si a maior eficácia e eficiência, nem publicizará a relação público-privado.
- Evitar atribuir ao regime jurídico único (estatutários) a essência pública, e à CLT (celetistas) a essência privada, que desvia e distorce a verdadeira essência, que é a correlação de forças sociais, econômicas e políticas, na sociedade e no Estado.



Ex.: Nos 20 anos de SUS, a hegemonia conservadora neoliberal precarizou como nunca as relações de trabalho e todo o pessoal de saúde, nivelando por baixo os estatutários, os celetistas públicos, os celetistas privados e os autônomos, todos com más condições de trabalho, de salários, de carreiras, de educação permanente e de realização profissional perante a população usuária do SUS. A postura e compromisso públicos não são privilégio nem monopólio só do estatutário ou só do celetista.

- Evitar a falácia de que “a autonomia gerencial de estabelecimentos públicos de saúde e a contratação pela CLT é vulnerável e está a um passo da privatização”. A análise do item anterior abrange igualmente essa afirmação: a correlação de forças conservadoras desenvolveu nos 20 anos do SUS o emaranhado já referido de terceirizações privatizantes com suportes nos procedimentos rotineiros da administração pública direta e autárquica, como poderia acontecer ou mais ou menos em outras modalidades de administração pública, sob a mesma correlação de forças.
- Evitar equívocos como o de que “as leis que criam as OSs, OSCIPs e as Fundações Privadas de Apoio devem simplesmente ser extintas para barrar a privatização”. Essas leis encontram-se no *status* facilitador e não estrutural da privatização, que avança estruturalmente antes delas e prossegue. Em correlação de forças hegemônicas à plena realização do SUS, essas mesmas leis poderão ser aprimoradas e publicizadas a fim de facilitar soluções que, embora específicas e excepcionais, serão instrumentos úteis para uma gestão pública totalmente comprometida com as diretrizes constitucionais e os direitos de cidadania da população.



## 2) NOSSA INTERAÇÃO NA MACROPOLÍTICA E MACROECONOMIA

### 2.1 A QUESTÃO POSTA

A partir de 2003 tornou-se visível em nosso país real possibilidade de retomada do imenso e competente esforço de desenvolvimento socioeconômico verificado entre 1945 e 1963, retomada inexoravelmente condicionada à adequação e recriação estratégicas decorrentes das profundas consequências estruturais de 21 anos de ditadura (que nos levou à maior concentração de renda e dívida pública do mundo), e da globalização econômica mundial nos anos 80 e 90 que revelou a hegemonia do capitalismo financeiro especulativo sobre o capitalismo industrial. Por isso, a possível retomada não é a das estratégias e procedimentos inerentes à conjuntura de então, mas sim do imenso e competente esforço. Questão: há relação entre essa possível retomada e a efetivação de políticas públicas universalistas voltadas aos direitos sociais básicos?

### 2.2 O PASSADO RECENTE

De 1945 a 1963 a acumulação desenvolvimentista alavancada pelas empresas estatais na siderurgia, energia (elétrica e petrolífera), transporte, telecomunicação, tecnologias de ponta e outras, impulsionou o parque industrial de bens de capital, automobilístico, a química fina, a eletro-eletrônica e outras que propiciaram a avançada consolidação das leis trabalhistas e da previdência social sob as mobilizações dos trabalhadores. Ensejaram ainda grande ampliação do debate sobre o projeto nacional de desenvolvimento econômico-social pelo Instituto Superior de Estudos Brasileiros – ISEB, Frente Parlamentar Nacionalista, majoritária no Congresso Nacional, Centrais Sindicais, UNE e outros, que respaldou o Plano de Metas (Celso Furtado) e as Reformas de Base. Era evidente e assumida nesse período a importância estratégica de ativação e



consolidação do mercado interno. O projeto nacional era típico do modo de produção capitalista, apontando para a ruptura com o capitalismo periférico exportador de produtos primários e de capital, e rumava na direção da soberania nacional e inclusão social, com desafios similares aos “emergentes” de hoje. A ditadura foi articulada externa e internamente para interceptar esse processo.

### 2.3 O PASSADO MAIS RECENTE

A ditadura e, a partir de 1990, a submissão subserviente à globalização financeira reordenaram organicamente os valores nacionais e sociais que ensaiavam até 1963. Exceção foi a maior parte dos anos 80, quando os amplos movimentos sociais pelas liberdades democráticas, pelas eleições diretas, a eleição de Tancredo Neves e a Assembleia Nacional Constituinte, decorreram de consensos entre a sociedade mobilizada, os partidos e a maior parte da elite, o que levou ao fim da ditadura e avanços da democracia política, dos direitos sociais, do sistema tributário, do pacto federado e outros. Possível excesso de credulidade da população, lideranças e dirigentes à época, deu a impressão que esses consensos eram suscetíveis de repactuações permanentes. Na verdade representavam um belo e importantíssimo momento histórico da sociedade, que revelou enorme potencial democrático, porém, arrefecido ao longo dos anos seguintes sob o peso da cultura política secular da delegação e subordinação ao autoritarismo estatal, ora ditatorial, ora paternalista, exercido competentemente pelas elites. Acresce a esse peso o grande impacto midiático de valores antipúblicos e antissociais que aportou em

“ A DITADURA E, A PARTIR DE 1990, A SUBMISSÃO SUBSERVIENTE À GLOBALIZAÇÃO FINANCEIRA REORDENARAM ORGANICAMENTE OS VALORES NACIONAIS E SOCIAIS QUE ENSAIVAM ATÉ 1963. ”



nosso país nos anos 90, na esteira da hegemonia do sistema financeiro especulativo: uma “nova” e “moderna” elite nucleada pelos credores da dívida pública, remunerada por juros anuais entre 130 e 170 bilhões de reais, une-se à velha elite para o retrocesso dos avanços constitucionais e para sobrepor os valores individuais do consumidor aos valores sociais dos direitos humanos de cidadania, e do ideário do mercado ao da democratização do Estado, impressionando a opinião pública com chavões atraentes como “eficiência privada x ineficiência pública”, “modernização e enxugamento do Estado”, “o mundo mudou”, “desafio de ser vencedor ou empreendedor” e outros.

- **TRÊS DESDOBRAMENTOS**

- Foi leiloada a valores irrisórios a maior parte das empresas públicas propulsoras do nosso desenvolvimento autônomo e bancos públicos estaduais, assim como revitalizados bancos privados com recursos públicos. No lugar da reforma democrática do Estado, foram criadas agências reguladoras de um mercado expandido com as privatizações, e criados novos entes privados – OS, OSCIP e outros – para gerirem estabelecimentos públicos de atividades não exclusivas do Estado, como no caso da saúde.

- O Tesouro Nacional passa a ser fonte básica da sanha da especulação financeira, por meio do crescimento da dívida pública com altíssimos juros e taxas de riscos, do salvamento da quebra de bancos privados e outros mecanismos. Em nosso país, a

financeirização dos orçamentos públicos vincula a remuneração dos altos juros da dívida pública e outros encargos financeiros a uma fatia orçamentária pétreia e resiste à vinculação aos direitos sociais e à infraestrutura do desenvolvimento.

“ FORAM LEILOADAS A VALORES IRRISÓRIOS A MAIOR PARTE DAS EMPRESAS PÚBLICAS PROPULSORAS DO NOSSO DESENVOLVIMENTO AUTÔNOMO E BANCOS PÚBLICOS ESTADUAIS, ASSIM COMO REVITALIZADOS BANCOS PRIVADOS COM RECURSOS PÚBLICOS ”



Em 1995, o Orçamento Geral da União destinava 47,0% para o conjunto Saúde, Educação, Segurança Pública, Energia, Transporte, Justiça e Defesa Nacional, que caíram até 26,49% em 2005, queda essa vinculada à elevação no mesmo período, de 18,70% para 45,0% para o pagamento dos juros e outros encargos da dívida pública. Além do mais a nova hegemonia conseguiu do Estado a criação da DRU – desvinculação de 20% das Receitas da União, incluindo a Previdência Social, para garantir a remuneração do capital financeiro, criação essa, na segunda metade dos anos 90, batizada sutilmente de Fundo Social de Emergência – FSE, após, Fundo de Estabilização Monetária – FEM e finalmente DRU. Verdadeiro “mantra” é gerado pelos intelectuais orgânicos da nova elite, o núcleo duro da política de Estado e a mídia, de que o controle da inflação e o equilíbrio fiscal só ocorrem com juros reais elevadíssimos, supervalorização da nossa moeda, desestímulo cambial às exportações e estímulo cambial às importações, o que nos matém como exportadores de produtos primários de baixíssimo valor agregado, (*comodities*) e remuneradores do capital.

- Ao largo do consagrado no título da Ordem Social da nossa Constituição, o Estado passa a priorizar a partir dos anos 90 subsídios públicos à produção e consumo privados de bens e serviços essenciais como saúde, educação e outros. Os gastos individuais, familiares e empresariais são fortemente deduzidos no IRPF e IRPJ. O sistema tributário, entre os mais regressivos do mundo, leva ao penoso financiamento público bancado pelos mais pobres, das universidades públicas que acolhem os extratos médios e altos que cursaram colégios e cursinhos caros com mensalidades deduzidas no IR, e também das bolsas para um fração dos mais pobres cursarem faculdades privadas. Essa mesma lógica desigual permeia o acesso aos planos privados de saúde e aos serviços públicos de saúde mais sofisticados e caros, inclusive os hospitais públicos terciários com duas portas: uma para o “direito de cidadania” e outra para o mercado. Os subsídios públicos para consumir no mercado bens e serviços essenciais aos direitos e dignidade humana são assumidos



como eixo central da política pública de inclusão social, quando deveriam cingir-se a estratégias eventuais e/ou específicas e temporárias até a consolidação das políticas públicas universalistas de proteção social constantes no Título da Ordem Social da Constituição. Tudo se passa como se estivéssemos produzindo sofregamente uma caricatura dos EUA na área dos direitos de cidadania.

## 2.4 NOVAMENTE A QUESTÃO POSTA

Em um primeiro plano, a nossa possível retomada de desenvolvimento e sua relação com a efetivação de políticas públicas universalistas de proteção social, referida no item 2.1 – A QUESTÃO POSTA, requer uma breve consideração, sob nosso viés, dessa relação

“ O NASCIMENTO DA ‘RES’ (COISA) PÚBLICA MOBILIZAVA GRANDE PARTE DA SOCIEDADE CIVIL, GRANDES PENSADORES, LIDERANÇAS POLÍTICAS E PARTE DOS COMANDOS MILITARES. ”

no desenvolvimento capitalista, nos países europeus e na sequência, além da Europa. Ao final do século 19 e durante o século passado, esses países, no seu desenvolvimento, que incluía crescentes lutas trabalhistas, foram criando e pactuando, passo a passo das conquistas, variadas formas de reconhecimento e contemplação das necessidades e direitos humanos básicos dos trabalhadores e suas famílias, e na sequência, do conjunto da sociedade. Esse momento do desenvolvimento do capitalismo europeu estava ainda marcado pela influência dos princípios republicanos gerados nos novos pactos sociais edificados nas primeiras revoluções industriais: Inglaterra, França, Alemanha, países

escandinavos e outros. O nascimento da “res” (coisa) pública mobilizava grande parte da sociedade civil, grandes pensadores, lideranças políticas e parte dos comandos militares. A expressão parlamentar da participação social ampliava-se gerando futuras e várias formas de parlamentarismo reequilibrando a soberania do Executivo, e as políticas públicas universalistas de proteção social iam sendo formuladas e implementadas





gradualmente sob formatos, etapas, prioridades e momentos históricos de acordo com o processo próprio de cada sociedade e país. Espanha e Portugal, por exemplo, assumiam efetivamente essas políticas públicas nos anos 70 após a queda das longas ditaduras franquista e salazarista. Ao lado da participação decisiva do Estado, nos países europeus, no suporte estratégico e de infraestrutura do desenvolvimento industrial e econômico das nações, as políticas públicas de proteção social são as bases do que se chamou “social-democracia” europeia, com rumos, formatos e prazos próprios definidos pelas nacionalidades. Essa relação Sociedade-Estado estendeu-se no século passado ao Canadá, e respeitando as profundas diferenças históricas e socioculturais, a países orientais como Japão, Coréia do Sul, Austrália, Nova Zelândia e outros, além da Costa Rica na América Latina: cada um no seu formato e prazos. Com relação ao “modelo europeu”, há análises que apontam influência não pequena para seu avanço e consolidação, representada pela revolução russa de 1917 e expansão dos Estados socialistas na União Soviética e Europa Oriental, o que suscitou estratégias mais avançadas do capitalismo europeu pela sua própria consolidação. De qualquer forma, as políticas públicas universalistas de proteção social “modelo europeu” nos campos da saúde, educação, previdência social, segurança pública, meio ambiente e outros, vem se consolidando e desenvolvendo de maneira inabdicável pela relação Sociedade-Estado que também se desenvolve nos respectivos países. Além de incorporadas na cultura política por gerações, consolidaram fontes estáveis de financiamento público: ou contribuições sociais vinculadas ao trabalho e proporcionais aos salários (modelo bismarckiano), ou recursos fiscais em geral de tributação progressiva sobre a renda (modelo beveredgiano), ou de coexistência ou combinação entre os dois.

“ ESPANHA E PORTUGAL, POR EXEMPLO, ASSUMIAM EFETIVAMENTE ESSAS POLÍTICAS PÚBLICAS NOS ANOS 70 APÓS A QUEDA DAS LONGAS DITADURAS FRANQUISTA E SALAZARISTA ”



Essas políticas públicas foram ameaçadas e “arranhadas” mas não desestruturadas pelo “tachterismo” dos anos 90 e pela grande crise econômico-financeira de 07/08, devido às massivas mobilizações sociais e de seus agentes nos aparelhos de Estado.

Ao contrário, aparentemente consolidam-se e atualizam-se às realidades contemporâneas, inclusive construindo parcerias público-privadas de interesse público, com clareza e segurança na diferenciação dessas parcerias com as pressões por privatização sempre presentes por parte do seguro privado e seu *lobby*.

“ AO CONTRÁRIO, APARENTEMENTE CONSOLIDAM-SE E ATUALIZAM-SE ÀS REALIDADES CONTEMPORÂNEAS, INCLUSIVE CONSTRUINDO PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS DE INTERESSE PÚBLICO, COM CLAREZA E SEGURANÇA NA DIFERENCIAÇÃO DESSAS PARCERIAS COM AS PRESSÕES POR PRIVATIZAÇÃO SEMPRE PRESENTES POR PARTE DO SEGURO PRIVADO E SEU *LOBBY*. ”

Em outro plano, quanto às características do desenvolvimento do capitalismo brasileiro e sua relação com as condições socioeconômicas e políticas necessárias à efetivação de políticas públicas universalistas de proteção social, permanecem desafios, a nosso ver, inadiáveis e inabdicáveis quanto ao reconhecimento das diferenças estruturais e históricas com o “modelo europeu”, mas também quanto a um possível momento histórico do “nosso capitalismo” a ser avaliado e vislumbrado à luz não somente das suas condições intrínsecas como também das reflexões e ensinamentos do “modelo europeu”. Vemos que, sem esse

esforço, continuaremos sob a pressão hoje hegemônica de mal caricaturar o modelo dos EUA. Consideremos, por exemplo, o explícito distanciamento das políticas públicas em nosso país nos anos 90, em relação ao “modelo europeu”, e também do provimento pelo Estado da infraestrutura necessária a um projeto consistente de desenvolvimento: exatamente o inverso de uma política social-democrata consequente. Vale transcrever trecho de depoimento da economista emérita Maria da Conceição Tavares em janeiro/2000: “Após resistir os 21 anos de ditadura, a dúvida e



angústia sobre o futuro do Brasil só começaram para valer a partir de 1994: sem ter como canalizar a indignação ante a transição democrática apodrecida, o desmonte da Constituição e o retrocesso dos direitos sociais. Assisti ao massacre da desconstrução da nação, vendo em Brasília meus ex-companheiros de luta democrática irem se convertendo às leis do mercado e do império com uma naturalidade e uma falsificação de consciência que nenhuma tortura ou campo de concentração conseguiria provocar. Eram movidos pela vaidade e a arrogância de uma casta dirigente absolutamente segura de seu saber e do poder delegado.”

Por isso, cremos que uma só medida, a partir de 2003, já marcou importante diferença, que foi a correção do salário mínimo acima da inflação em cada período, que além da massa trabalhadora diretamente beneficiada, desencadeou grande sequência de inúmeros outros ajustes à remuneração do trabalho produtivo no pequeno, médio e até no alto empresariado, além da realização da transferência de renda a 13 milhões de famílias (mais de 40 milhões de pessoas), tudo isso reativando, ainda que em etapa inicial, um poderoso mercado interno que estava reprimido desde 1964, e trazendo à luz o histórico debate sobre o papel estratégico do mercado interno em países como o nosso, e seu papel nas estratégias para o complexo mercado externo e para o enfrentamento das crises econômico-financeiras como a de 2007/2008. Medida essa que revelou o imenso potencial de um novo projeto de desenvolvimento socioeconômico, inclusive com o objetivo de evitar a enganosa separação entre a

“ ASSISTI AO MASSACRE DA DESCONSTRUÇÃO DA NAÇÃO, VENDO EM BRASÍLIA MEUS EX-COMPANHEIROS DE LUTA DEMOCRÁTICA IREM SE CONVERTENDO ÀS LEIS DO MERCADO E DO IMPÉRIO COM UMA NATURALIDADE E UMA FALSIFICAÇÃO DE CONSCIÊNCIA QUE NENHUMA TORTURA OU CAMPO DE CONCENTRAÇÃO CONSEGUIRIA PROVOCAR. ”



política econômica e a social, que camufla o projeto socialmente excludente. Essa trajetória poderá iluminar o momento histórico do “nosso capitalismo” no sentido de reverter a atual hegemonia para efetivar as políticas públicas universalistas de proteção social?

Sendo a formação histórica do Estado brasileiro enraizada na lógica pré-republicana do patrimonialismo, centralismo/burocratismo, cartorialismo e corporativismo, pode-se avaliar que essa formação pouco cedeu e muito negociou no desenvolvimentismo

de 1945-1963, reproduziu-se na ditadura, modernizou-se na globalização econômico-financeira a partir de 1990, manteve nosso sistema tributário entre os mais regressivos e socialmente espoliadores do mundo e o caráter imperial do nosso presidencialismo. Nesse referencial, como avaliar o significado e a potência do “espasmo” democrático dos anos 80, que gerou o título Da Ordem Social da Constituição Cidadã e a possibilidade de efetivação das políticas públicas universalistas de proteção social? Além do significativo passo da inclusão social com elevação da renda familiar e início da retomada do mercado interno, e da importância da continuidade e aprofundamento desse processo, o decorrente avanço no nosso desenvolvimento capitalista propiciará um momento de pactuação social e federada no rumo da construção de uma real “social-democracia”

brasileira? E a decorrente efetivação de políticas públicas universalistas de proteção social, que seria a consolidação da inclusão cidadã e do processo de democratização do Estado? Quais os atores sociais, políticos e institucionais que compõem esse processo?

“ NESSE REFERENCIAL, COMO AVALIAR O SIGNIFICADO E A POTÊNCIA DO ‘ESPASMO’ DEMOCRÁTICO DOS ANOS 80, QUE GEROU O TÍTULO DA ORDEM SOCIAL DA CONSTITUIÇÃO CIDADÃ E A POSSIBILIDADE DE EFETIVAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS UNIVERSALISTAS DE PROTEÇÃO SOCIAL? ”

## Referências bibliográficas \*

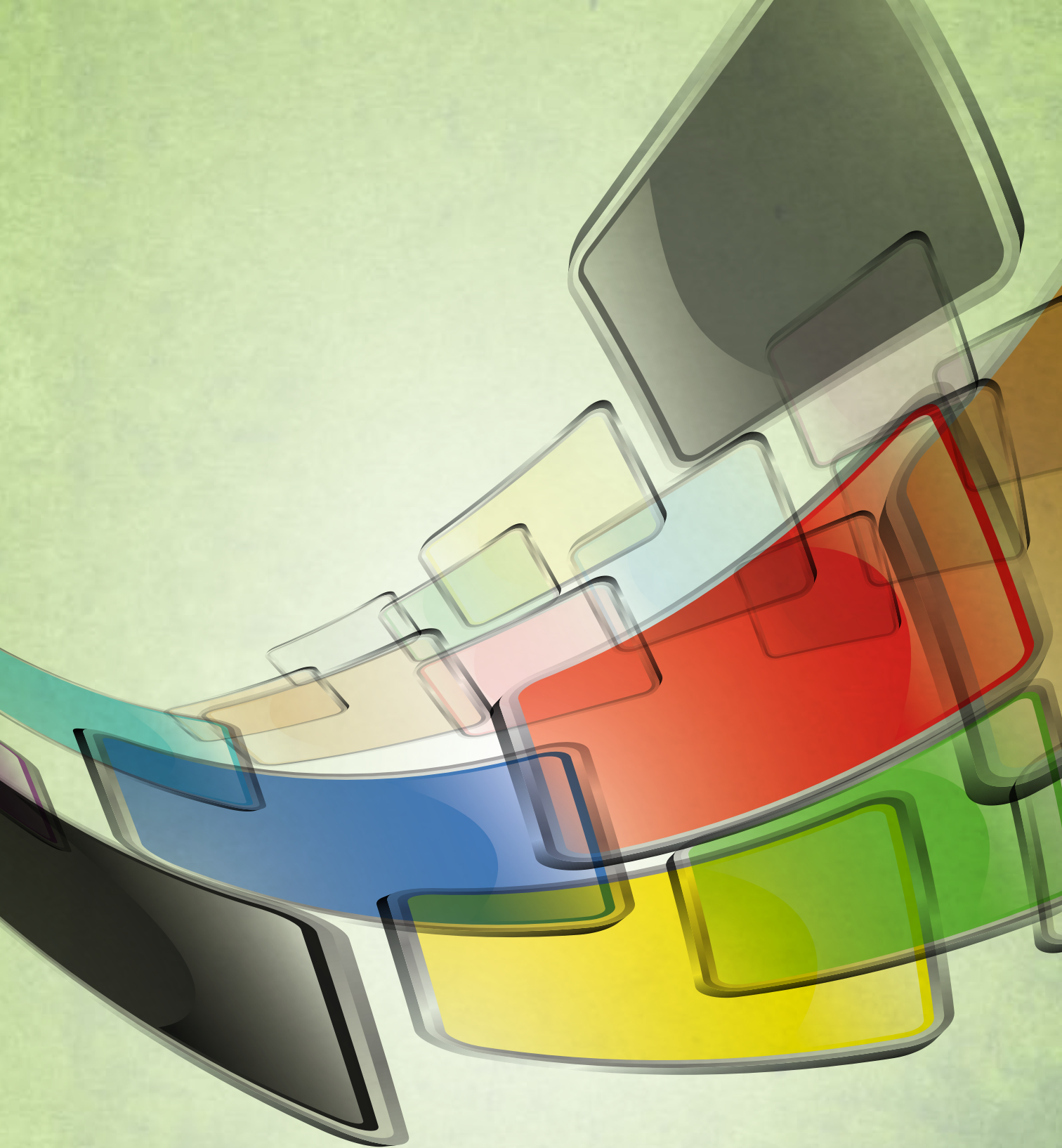
- Albuquerque, C. e cols. – “A situação atual do mercado na saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro” – Rev. Ciência e Saúde Coletiva – v. 13, n. 5 – 2008
- Bahia, L. – “As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde”. – Rev. Ciência e Saúde Coletiva – v. 13, n. 5 – 2008
- Bahia, L. – “A questão democrática na área da saúde no Brasil do século 21” – Rev. Saúde em Debate – v. 33, n. 81 – 2009
- Campos, G.W.S. – “Modo de co-produção Singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas” – Rev. Saúde em Debate – v. 33, n. 81 – 2009
- CNS – MS – “O Desenvolvimento do SUS: Avanços, Desvios e Reafirmação dos seus Princípios e Diretrizes” – Publicação – 2002
- Fleury, S. – “Que Proteção Social para Qual Democracia?” – Rev. Saúde em Debate – v.34-n.85 – Abr/Jun/2010
- Fleury, S. “Revisitando a questão democrática na área da saúde: quase 30 anos depois” Rev. Saúde em Debate – v. 33, n. 81 – 2009
- Marques, B.M – “Breve crônica sobre o Sistema Único de Saúde 20 anos depois de sua implantação” – Rev. Saúde em Debate – v. 33, n. 81 – 2009
- Paim, J.S. – “Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira” Rev. Saúde em Debate – v. 33, n. 81 – 2009
- Ocké – Reis, C.O., Andreazzi, M.F.S. e Silveira, F.G. – “Mercado de Planos de Saúde no Brasil: Uma Criação do Estado?” – Rev. Economia Contemporânea, 10 (1), Jan/Abr/2006 – Rio de Janeiro
- Ocké – Reis, C.O. e Sophia, D.C. – “Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde.” – Rev. Saúde em Debate – v. 33, n. 81 – 2009
- Ocké – Reis, C.O. – “SUS: O Desafio de ser Único” – Valor Economico, SP, A 12, 02.Set.2009
- Santos, I.S., – “O Mix Público – Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: Elementos para a Regulação da cobertura Duplicada” – ENSP/FIOcruz, Tese de Doutorado, Ago/2009
- Santos, I.S.Ugá, M.A.D. e Porto, S.M. – “O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde.” – Rev. Ciência e Saúde Coletiva – v. 13, n. 5 – 2008
- Santos, Lenir e Andrade, L. Odorico – “Vinte Anos do SUS: O Sistema de Saúde no Brasil no Século 21” – Rev. Saúde em Debate – v. 33, n. 82, 2009
- Santos, N.R. – “A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos” – Rev. Saúde em Debate – v. 33, n. 81 – 2009
- Silva, S.F. – “Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção” – Rev. Saúde em Debate – v. 33, n. 81 – 2009

---

\* Carvalho, G.C.M. – Domingueiras Imperdíveis.







**Organização  
Pan-Americana  
da Saúde**



Escritório Regional para as Américas da  
Organização Mundial da Saúde



**CONASEMS**

Conselho Nacional de  
Secretarias Municipais de Saúde

Ministério da  
**Saúde**

GOVERNO FEDERAL

**BRASIL**

PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA