UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

ADELSON FRANCISCO MAIA JUNIOR

Secretários Municipais de Saúde: o SUS visto pela ponta da corda

BAURU
2014

ADELSON FRANCISCO MAIA JUNIOR

Secretários Municipais de Saúde: o SUS visto pela ponta da corda

Tese apresentada a Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências no Programa de Ciências Odontológicas Aplicadas, na área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos

BAURU

2014

MAIA JUNIOR, Adelson Francisco.

M28s Secretários Municipais de Saúde: o SUS visto pela ponta da
corda / Adelson Francisco Maia Junior – Bauru, 2013.
112 p. : il. ; 31cm.

Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia de Bauru.
Universidade de São Paulo

Orientador: Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total
ou parcial desta dissertação/tese, por processos fotocopiadores e outros meios
eletrônicos.

Assinatura:

Comitê de Ética da FAEMA

Protocolo nº: 031/2013

Data: 28/11/2013

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao Grande Arquiteto do Universo, DEUS para a sua honra e a sua glória, a quem me coloco diariamente como ferramenta da sua vontade.

AGRADECIMENTOS

- Mais uma vez agradeço ao Grande Arquiteto do Universo, sem ele nada é possível.
 - Agradeço a minha esposa Josiane Aquino Maia, esposa amada e dedicada que torna cada dia de minha existência especial e faz valer cada minuto do meu viver, eu te amo.
 - Aos meus dois filhos Gabriel Aquino Maia e Lucas Aquino Maia, meu sangue, meu futuro, meu tudo, obrigado pela paciência, pelo apoio na obra mais importante para a minha vida acadêmica, *“o pai ama vocês”*.
 - A minha família que sempre acreditou em minha capacidade e em meu trabalho.
 - Ao meu orientador, Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos. Obrigado pelas lições de vida e de sabedoria, o senhor foi e será meu espelho e meu alicerce, e será perpetuado em nossas memórias por várias gerações.
 - A Prof. Dra. Magali Caldana. Exemplo de humildade, atenção e competência.
 - Aos meus amigos, Prof. Dr. Ricardo Henrique da Silva, Prof. Dr. Luis Marcelo Aranha Camargo e Prof. Dr. Roosevelt da Silva Bastos, Prof. Dr. Arsênio Sales Peres, exemplos a serem seguidos.
 - Aos meus professores, desde a alfabetização até este momento, todos fizeram parte desta realização.
 - A USP. Um sonho a ser conquistado.
 - Ao Departamento de Odontologia em Saúde Coletiva, meus sinceros agradecimentos, uma família que tende a crescer e prospera cada vez mais.
 - Aos meus colegas doutorandos, mestrandos e pós-graduandos, meus agradecimentos, permaneçam firmes na luta para gozarem dos doces sabores das vitórias que virão.
 - A secretária Silvia Tonin, meu anjo da guarda.
 - A todos os meus amigos. Obrigado e que Deus sempre os ilumine.
 - Aos Municípios de Monte Negro e Ariquemes, ambos no Estado de Rondônia, meus lares, eternamente em meu coração, obrigado pelo caloroso acolhimento e lições de vida.
 - A todos que participaram de forma direta e indireta no meu crescimento profissional na área da Saúde Coletiva e nos caminhos do SUS.
 - A vida, por sua beleza e seus mistérios que nos fazem rir e chorar.
-

Estou decidido a ser sábio; mas isso estava fora do meu alcance.

A realidade está bem distante e é muito profunda; Quem pode descobri-la?

Por isso dediquei-me a aprender, a investigar, a buscar a sabedoria e a razão de ser das coisas, para compreender a insensatez da impiedade e a loucura da insensatez.

ECLESIASTES 7.23

RESUMO

Após vinte e quatro anos, o Sistema Único de Saúde brasileiro consagra-se por uma consolidação na assistência, acesso e na qualidade de serviços para a sociedade, principalmente nas esferas estaduais e municipais. Os modelos organizativos ajudaram a construir uma base, que já se encontra desgastado e carente de uma reestruturação, principalmente no âmbito da organização do Sistema, através de uma revisão das atribuições de cada ente participativo e do repasse de recursos, equilibrados pela necessidade municipal, invertendo o processo verticalização do Sistema. Outro ponto abordado foi a necessidade de incorporar um perfil profissional dos gestores municipais de saúde, peça fundamental do SUS, que assume um cargo político com responsabilidade técnica e administrativa e que hoje segura a ponta da corda em um eterno cabo de guerra contra o Estado e a União. Foi realizada como metodologia uma análise descritiva qualitativa e quantitativa da literatura e do cenário das políticas públicas em saúde, abordando os antecedentes históricos do SUS, o modelo atual das Políticas públicas de Saúde e do Sistema, no âmbito federal, estadual e municipal respectivamente, o perfil dos municípios brasileiros, assim como dos gestores municipais que organizam e controlam o Sistema na ponta mais difícil, a que se defronta com a real necessidade e com o próprio usuário do Sistema, e por fim proposto um novo modelo reestruturante do SUS, com caráter mais municipalista, atingindo uma questão primordial: O equilíbrio organizativo, financeiro e gestor do Sistema Único de saúde.

PALAVRAS CHAVE: SUS; DESCENTRALIZAÇÃO; GESTÃO;

ABSTRACT

Municipal Secretaries of health - SUS seen by the end of the rope

After twenty and four years the Brazilian health consecrated by a consolidation assistance, access and quality of service to society, especially in state and municipal level . Organizational models helped to build a base, which is already worn out and in need of restructuring, particularly in the organization of the system, through a review of the responsibilities of each participating entity and the transfer of resources, balanced by the need municipal , reversing the process of up righting system . Another point raised was the need to incorporate a professional profile of local health managers , keystone SUS , assuming political office with administrative and technical responsibility and today holds the end of the rope in an eternal tug of war against the state and Union was conducted as a descriptive analysis methodology qualitative and quantitative literature and landscape of public health policies , addressing the historical background of the SUS , the current model of public Policy and Health System , at the federal , state and municipal respectively the profile of municipalities , as well as municipal managers who organize and control the system in tip harder , which faces the real need and the proper user of the system, and finally proposed a new model of restorative SUS with a more municipalist reaching a primary issue : balancing organizational, financial and Manager of the Unified health.

KEYWORDS: SUS, Decentralization, Management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURAS

FIGURA 1 - Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde no BRASIL até Agosto 2011 (MS SIAB, 2013)..... 42

FIGURA 2 - Mostra a nova lógica de descentralização do Sistema Único de Saúde 96

- GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas BRASIL - 1994 – AGOSTO 2011 (SIAB, 2013) 43

GRÁFICO 2 - Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas BRASIL - 1994 – AGOSTO 2011 (MS-SIAB, 2013)..... 43

GRÁFICO 3 - Mostra a distribuição de atendimentos ambulatoriais e hospitalares públicos em 2012. (DATASUS, 2012)..... 95

- QUADROS

Quadro 1 - Os fundamentos da atenção básica segundo PNAB 39

Quadro 2 - Competências comuns entre as esferas sobre a PNAB..... 40

Quadro 3 - Atribuições dos Gestores municipais no SUS 59

Quadro 4 - Adaptação da obra de PINTO (2002). Exemplos de serviços prestados pelos municípios que deveriam ser obrigações ou responsabilidades da esfera Estadual e pela esfera Federal 66

Quadro 5 - Aspectos de municípios de pequeno porte, do Estado de Minas Gerais, que retrata o quadro brasileiro, adaptado da obra de CARVALHO (2005)..... 68

Quadro 6 - Os gastos ideais com saúde e o que foi disponibilizado durante o período de 2000 a 2008. (CNM, 2008)..... 92

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - geração de empregos nos programas e investimentos do ministério da saúde período - 1998 a 2002 (MS, 2013).....	48
TABELA 2 - Resumo das responsabilidades de cada esfera perante alguns setores de governança- adaptado da obra “princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS” - Qualificação de Gestores do SUS (FIOCRUZ, 2011).....	54
TABELA 3 - Número de municípios com seus respectivos quantitativos populacionais. IBGE (2013)	65
TABELA 4 - O montante gasto pelos municípios, muito além do seu percentual Constitucional de 15% para poder manter os serviços de saúde. (CNM, 2008).....	85
TABELA 5 - Valores gastos em milhões, e seus respectivos valores que deveriam ser gasto de acordo com a EC29 pelos Estados brasileiros e a diferença que acaba recaindo sobre os municípios. (CNM, 2008).....	86
TABELA 6 - Síntese das readequações de responsabilidade e calculo em reais do impacto com este custeio saúde.....	93

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Conselho de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
CMS	Conselho Municipal de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SEMUSA	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	ANTECEDENTES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	21
2.2	O SUS E OS SEUS 23 ANOS.....	28
2.3	A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	32
2.3.1	ORGANIZAÇÃO FINANCEIRA	32
2.3.2	ORGANIZAÇÃO E OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS.....	36
2.3.3	INFRAESTRUTURA	47
2.3.4	ACESSO E USO AOS SEVIÇOS DE SAÚDE.....	51
2.4	AS COMPETÊNCIAS DE CADA ESFERA DE GESTÃO NO SUS.....	53
2.5	A INSERÇÃO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS	58
2.6	O PERFIL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	60
2.7	A REALIDADE VIVIDA PELOS MUNICÍPIOS “SUSDEPENDENTES”: O SUS COMO ÚNICA FORMA DE OFERTA DE SERVIÇOS EM SAÚDE	64
3	PROPOSIÇÃO	69
3.1	OBJETIVOS GERAIS	71
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	71
4	METODOLOGIA	73
5	DISCUSSÃO	77
5.1	O HISTÓRICO QUE DO SUS	79
5.2	O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DO SUS NOS SEUS 23 ANOS	80
5.3	A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	83
5.4	AS COMPETÊNCIAS EM CADA ESFERA DE GESTÃO.....	85
5.5	A INSERÇÃO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS, SEU PERFIL E SUAS ATRIBUIÇÕES	87
5.6	UMA PROPOSTA DE REESTRUTURAÇÃO DO SUS.....	90
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
	REFERÊNCIAS	103

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Desde que o primeiro contato dos nossos colonizadores ocorreu com a população nativa e com o posterior povoamento do Brasil, em meados de 1500, a saúde é considerada um desafio nacional para os governantes e profissionais das áreas médicas. Da medicina Folkiana, passando pelos boticários, cirurgiões barbeiros, pela formação dos primeiros médicos brasileiros, pela reforma Sanitária, até a criação do SUS muitas vidas foram negligenciadas ou até mesmo ceifadas pela ausência de um serviço público eficiente.

A cronicidade da assistência básica e hospitalar vem estigmatizando a população brasileira por séculos. Dos curandeiros aos grandes centros de tecnologia médica, uma grande lacuna se abriu no escopo do acesso e a organização desses serviços, que perdura até os dias atuais.

O Brasil passou por vários modelos de assistência à saúde até a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS. Contudo, uma personagem sempre permaneceu como coadjuvante desse processo, que é o gestor da Saúde. Esta personagem hoje é representada pelos Secretários nas esferas municipais e estaduais e o Ministro da Saúde na esfera federal.

O cargo de Ministro da saúde, como Gestor, não é algo novo em nosso país apesar de existir uma grande lacuna de tempo entre os primeiros relatos do “descobrimento” e a Lei de criação do Ministério da Saúde, em 25 de Julho de 1953. Historicamente o ano em que data a criação do primeiro órgão específico para tratar de assuntos relacionados à saúde é 1930, durante o governo de Getulio Vargas, com o nome de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Com o aumento da população brasileira e consequentemente a grande limitação em oferecer uma melhoria na assistência em saúde, optou-se pelo desmembramento deste Ministério e em 1937 ele passou a ser chamado de Ministério da Educação e Saúde. Passados 16 anos, daquela data, este Ministério se separou novamente e somente em 1953 criou-se o Ministério da Saúde, que completa em 2013 sessenta anos. (BRASIL, 2013)

Os cargos de Secretários Municipais de Saúde foram criados recentemente, e se colocarmos todos os contextos históricos da Saúde Pública Brasileira, estes cargos foram instituídos a partir da criação do Sistema Único de Saúde, o SUS cumprindo o preceito organizativo da Descentralização do Sistema. (COSTA, 1998)

Apesar das personagens serem conhecidas, o palco da saúde é amplo e muito complexo, contendo inúmeros atores inseridos diretamente e indiretamente, no processo de formulação e aplicação das Políticas Públicas de Saúde brasileiras.

O processo de criação das Políticas Públicas de Saúde Brasileira galgou por muito tempo por terrenos inférteis e muitas vezes cheios de armadilhas que marcou a população brasileira de forma intrínseca, através de sua cultura e seu comportamento e assim retardou a maturidade social, tal qual exerce um fator inexorável para o sucesso das atuais Políticas Públicas de Saúde.

Para que o Sistema Único de Saúde possa existir, nutrido por prerrogativas expressas por Leis, é necessário o desenvolvimento de vários aspectos principalmente no que concerne na responsabilidade da esfera municipal que, diga-se de passagem, é o grande braço executor e força motriz do Sistema.

Para vestir a fantasia social do Sistema, a Municipalidade foi exaustivamente “contemplada” pelo Ministério da Saúde com inúmeros presentes técnicos e administrativos, porém sem uma solidificada certeza do que fazer com tão poucas condições ou ferramentas disponíveis nos municípios brasileiros, principalmente os das Regiões Norte e Nordeste.

Como o SUS havia sido criado, com força motriz, alma, e o espírito findado nos anseios da sociedade brasileira, sua organização social, seu comprometimento cidadão e principalmente a sua maturidade social, foram condutores do sopro vital deste eixo regulatório, porém como efeito colateral abriu-se grandes portas chamadas “externalidades”.

Essas interferências ou externalidades foram cúmplices dos diversos processos que transformaram a governança em um grande desafio para os Gestores em todas as esferas e em todos os patamares descentralizados e hierarquizados do Sistema Único de Saúde.

Considerando as primícias capitais e constitucionais de que a *“saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas...”* (BRASIL, 1988) a Constituição Federal de 1988 espargiu o desafio ao acesso integral e universal com qualidade e equidade. Este mandamento é notoriamente complexo e extremamente difícil de ser exercido em sua plenitude, como reza a Constituição Brasileira, uma vez que a divisão de segmentos do processo de implantação e da necessidade de acontecer colocou vários atores

nessa política com seus respectivos interesses, muitos deles paradoxais, que reflete diretamente na população mais carente e dependente de um serviço essencialmente público.

A melhora do sistema público brasileiro é incontestável e notória. A organização do SUS ainda que fragilizada e carente de uma política mais clara e explícita, anseia pela devida colocação dos atores e seus poderes na prateleira da organização constitucional. O Sistema Único de Saúde brasileiro é perfeito em sua essência teórica e filosófica e nos dá os caminhos a serem trilhados, porém o itinerário final não é estabelecido, pois do ponto de vista constitucional, o desfecho deve ser dado justamente por esses diferentes atores políticos e pela sociedade civil organizada. O que fortalece o SUS paradoxalmente é o que o complica e o enfraquece na prática.

Nessa extraordinária e complexa máquina denominada SUS, com seus inúmeros e confusos botões regulatórios chamados Políticas Públicas de Saúde, além de incontáveis vagões políticos, sociais e judiciários, desregulados, desnivelados e sem lubrificação alguma, se sentam com uma visão ofuscada pelo brilho das “estrelas” políticas e com os cintos muito apertados pelas condicionalidades locais, os Gestores Municipais de Saúde que infelizmente, na maioria das vezes não possuem habilitação para guiar este expresse ao longo de uma linha infinita e tortuosa, cheia de armadilhas e, cujo destino é incerto.

Justifica-se este estudo pela a ótica do Secretário Municipal de Saúde sobre o SUS, uma vez que ele é o amálgama das Políticas Públicas de Saúde brasileira, com suas tomadas de decisões locais o Sistema brasileiro caminha e os resultados obtidos nas diversas ações de Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Médias e Altas Complexidades realizadas nos municípios, são transformados em dados que configuram o vulto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Ainda sobre essa ótica a proposição de uma política de reajuste, mais equânime, no que se refere ao financiamento descentralizado e a qualificação do Gestor de Saúde, pelo pouco que se estudou sobre esta personagem, se torna urgente e necessário.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 OS ANTECEDENTES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:

Desde que as primeiras caravelas européias atracaram nos portos brasileiros, até meados do ano de 1850 as atividades de saúde pública brasileira eram atreladas essencialmente ao saneamento dos portos. Os dirigentes do Brasil colônia se restringiam a delegação de atribuições sanitárias pelas juntas municipais apenas no monitoramento de entrada e saída de mercadorias dos navios estrangeiros e nacionais e o controle de pestes e saúde dos portos brasileiros. Essas medidas ou “preocupações” visavam um controle sanitário mínimo da capital do império, devido ao grande inchaço populacional que estes centros sofreram, oriundos principalmente das províncias do interior da Colônia e este êxodo perdurou por quase um século. (ALBUQUERQUE, 1981).

A grande carência de profissionais médicos no Brasil Colônia e no Brasil Império era latente, além de poucos profissionais, os mesmos estavam restritos aos atendimentos das representações vinculadas à corte real portuguesa e seus militares responsáveis pelo controle da Colônia ou das famílias mais abastadas, que podiam pagar por consultas essencialmente caras. Segundo LUZ (1979), em sua obra, são relatados que no Estado do Rio de Janeiro, no ano de 1789, existiam apenas quatro médicos exercendo legalmente a profissão. Em outros estados brasileiros como os de Minas Gerais, e Bahia os profissionais médicos eram inexistentes. (LUZ, 1979).

O resultado dessa atordoante e agonizante escassez de profissional médico, foi a inserção de uma nova personagem no contexto da Saúde Pública Brasileira, que rapidamente assumiu a incumbência de tratar da saúde da população Brasileira, principalmente dos mais carentes, os chamados Boticários. Esses profissionais foram os antecessores dos farmacêuticos modernos. Aos boticários, detentores do conhecimento sobre fármacos, ciência botânica entre outros conhecimentos alopáticos e ou holísticos cabiam essencialmente a função única de manipular as fórmulas prescritas pelos escassos médicos atuando no mercado, mesmo que ainda raros, e tal raridade fez com que estes profissionais assumissem mercado e passaram, eles próprios, a diagnosticar, medicar e tratar os doentes. (ALBUQUERQUE, 1981)

Por ser quantitativamente em maior número e por praticarem uma “medicina de cura” com preço acessível à grande massa populacional da época, juntamente com as Santas Casas de Misericórdia eram as alternativas disponíveis para o tratamento das enfermidades da Colônia. Para a função de Boticário, não era necessário um aprendizado acadêmico, o profissional era habilitado, após um período de observação supervisionada por outro Boticário já habilitado durante certo período de tempo, como se fosse hoje um estágio, e ao fim deste período eram submetidos a um exame perante as autoridades sanitárias da época e se aprovado, o candidato recebia uma “carta de habilitação”, desta junta de autoridades que o qualificava e o habilitava a instalar sua própria botica e oferecer os seus préstimos à sociedade. (LUZ, 1979)

Deste período até o início do século passado esta era a realidade vivida pelos brasileiros, perdurando pelos longos tempos de Colônia até a parte inicial do Brasil República. Dentre este horizonte traçado pelos modelos assistenciais da época, um grande avanço na área da saúde e da Assistência Social ocorreu no ano de 1923 com a criação da Lei Elói Chaves, que teve por objetivo regulamentar a capitação e distribuição de fundos privados para a compra e acesso à serviços de saúde, pelos trabalhadores organizados. Influenciados pelos modelos anarquistas italianos e por outros moldes trabalhistas europeus trazidos pelos imigrantes, culminaram com a criação das chamadas Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP).

Estas Caixas de Aposentadorias e Pensões era um modelo restrito, de grandes empresas e que possuíam administração própria para seus fundos, como um banco de cooperados onde os trabalhadores se organizaram em associações de auxílio mútuo para atender doenças, invalidez no trabalho e morte. (NICOLETTI, 2007).

Em suma, da chegada dos colonizadores até o período que precede a década de trinta, mais precisamente até a grande depressão de 1929, caracterizou-se pelo domínio de um modelo assistencial de saúde enraizado em um contexto liberal privado e religioso cuja assistência médica era insuficiente, generalista, pouco resolutiva, excludente e elitista, onde as famílias mais abastadas pagavam por atendimentos médicos de profissionais estrangeiros ou profissionais brasileiros que cobravam grandes quantias em dinheiro. Este era um modelo “oligárquico” de assistência a saúde. A assistência médica individual oferecida pelas Santas Casas e instituições de caridades eram para os menos favorecidos ou para os que não podiam pagar por médicos liberais, mediante remuneração direta. (CONASS, 2003).

Nos anos 1930 surgiu um modelo de previdência que veio a ser o embrião do modelo previdenciário atual. Foram criados Institutos de Aposentadorias, ou seja, a capitalização das Caixas de aposentadorias se desenvolveu de forma vertiginosa e houve um acúmulo significativo de capital, independente do momento que vivia a economia mundial, após a grande depressão, e a economia brasileira, principalmente com as quedas das oligarquias e da descapitalização do orçamento público. A Previdência Social, atuando por meio dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) por categorias profissionais passou a representar um poder econômico, mesmo que paralelo, ao setor estatal e isso chamou a atenção do governo. Até a década de 1930, a economia do Brasil era uma economia agrícola, porém estava fadada a uma brusca mudança. (COSTA, 1998).

A década de 50 foi muito importante para o rumo das Políticas públicas de Saúde brasileira. O próprio Ministério da Saúde foi criado em 1953, pelo então Presidente da República, Carlos Luz, até este marco a Saúde era vinculada ao Ministério da Educação pela Lei n. 1.920, de 25 de julho do mesmo ano, tendo como seu primeiro-ministro Antônio Balbino de Carvalho Filho. Apesar desta desarticulação ter sido, indiscutivelmente, um avanço nacional, o modelo de saúde ainda era excludente, centralizado e pouco equânime em relação as necessidades da população. Contudo, partir do final dos anos 1950, inicia-se no Brasil um novo processo de transformações caracterizado por um movimento de “modernização” do setor de saúde. Esse movimento insere-se no processo de atualização de toda a sociedade brasileira, que pode ser entendido como aprofundamento do desenvolvimento capitalista, tendo como objetivo fundamental a plena realização da lógica de eficiência da produção de bens e serviços. (COSTA, 1998).

Em 1967, houve a fusão dos IAPs em Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) criou-se um mercado para as ações que seriam produzidas pelas empresas vendedoras de serviços médicos e fortaleceu o movimento de privatização do setor. Nos anos 1970, consolidou-se a posição hegemônica da Previdência Social. A aceleração do crescimento da atenção médica da Previdência e o esvaziamento da “saúde pública” levaram ao esgotamento do modelo e à busca de alternativas racionalizadoras de cobertura a um custo acessível e suportável pelo sistema público, aparecendo então, várias experiências, principalmente em áreas que não importavam para a iniciativa privada. Surgiram os primeiros projetos-piloto de medicina comunitária, realizados por instituições acadêmicas e Secretarias de Saúde, e as primeiras experiências de municipalização da saúde. Nesses espaços de construção da

medicina comunitária, foi gerido e difundido o movimento sanitário. Esse movimento, coordenado por grupos de intelectuais localizados em espaços acadêmicos e institucionais, articulados com partidos políticos de esquerda, constituiu-se na base política-ideológica da reforma sanitária brasileira.

A “maquina” de modernização implementada pelo regime militar, instaurado principalmente em meados do ano de 1964, representou um aumento das afinidades do Estado em relação à sociedade. O Estado Militar sustentava-se em pesados organismos repressivos contra os opositores, sejam eles pessoas físicas ou jurídicas, realizando um verdadeiro esvaziamento da palavra e do pensamento livre, das contendas, cessação do Estado de Direito e de órgãos de representatividade. Uma forma camuflada de democracia foi posta em um primeiro momento, com a instauração de uma democracia representativa de fachada para posteriormente em um segundo momento, instituir um artificial sistema bipartidário coexistindo com o “terror do Estado” (FALEIROS, 1986).

Ao longo da década de 1970, a sociedade civil que, conseguiu esboçar reações às injunções militares, valendo-se até mesmo do restrito espaço da democracia de fachada oficializada pelo regime militar ditatorial. Em 1970, 1974, 1978 e 1982, os resultados das “eleições” que no caso era apenas de escolher os já escolhidos, passaram a pender para o lado da “oposição” mesmo que consentida ao governo, expressado no Movimento Democrático Brasileiro – MDB, para uma alteração do encadeamento de forças nos órgãos de representatividade nacional (Senado Federal e Câmara dos Deputados). Medidas de cunho social, algumas na esfera salarial, aventuradas por consecutivos governos (Emílio Garrastazu Médici, Ernesto Geisel, João Figueiredo) não afetaram a lógica excludente que presidia as ações do Estado (LABRA, 2005)

No ano de 1975, foi promulgada através da LEI N 6.229, de 17 de julho de 1975, posteriormente revogada pela LEI 8080 de 19 de Setembro de 1990, a instituição do Sistema Nacional de Saúde, que mesmo com as inovações das idéias ali contidas e mostrou-se “aberta” para estas mudanças estruturais no Sistema de Saúde, ainda avigorava a duplicidade do setor saúde, permanecendo excludente em sua natureza e atestando ao Ministério da Saúde um tímido caráter normativo e poucas ações na área de interesse da coletividade popular. A mesma Lei ainda repassava ao Ministério da Previdência a responsabilidade pelo atendimento individualizado da população brasileira, reforçando o caráter hospitalocêntrico. (BERTOLLI FILHO, 1996)

Mesmo após a unificação das IAPs com o INPS em 1967 o fortalecimento do Instituto Nacional de Previdência Social não suportou a grande demanda de processos públicos e privados, o que refletiu diretamente em aumentos exacerbados dos gastos públicos e principalmente pela permeabilidade do Sistema perante aos processos fraudulentos, sobretudo das redes privadas de atendimento médico, geralmente imune as “fiscalizações” do Governo Federal, fadando ao fim o INPS. Assim, em 1978 houve mais uma tentativa de reordenação do Sistema Médico Previdenciário brasileiro, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social. (CAMPOS, 1998)

O SINPAS tinha como objetivo, sanear e doutrinar as permissões, custeamentos de benefícios, prestações de serviços, e principalmente as manutenções de atividades e programas, da gestão administrativa, financeira e patrimonial da previdência social brasileira. Além do SINPAS foi criado como base norteadora e esteio administrativo o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS concomitante ao Instituto de Arrecadação da Previdência Social - IAPAS, inchando ainda mais o sistema previdenciário e desonerando o sistema de Saúde Nacional, porém por muitos estas criações podem ser entendidas como um progressivo processo cuja tendência visava a universalização do modelo de Seguridade Social. (CAMPOS, 1998)

Para MENDES, (1998) este período foi extrema importância para a construção do cenário das Políticas Públicas brasileiras, que perduraram por muito tempo e influenciou diretamente os modelos posteriores de Previdência, Saúde e Assistência Social.

Nos anos 70 e 80 notoriamente, foram definidos os alicerces que possibilitaram as bases que consentiram a preeminência, na década de 70, de um modelo assistencial privatista, baseados no Estado como um fiador cuja carteira era a Previdência Social. A iniciativa privada era nutrida por vantagens, facilidades e incentivos públicos na prestação de serviços médicos recheado por insumos internacionais super inflacionados, em especial tecnologias médicas e medicamentos. (CUNHA & CUNHA, 1998).

"A crise brasileira agravou-se após a falência do modelo econômico do regime militar, manifestada, sobretudo pelo descontrole inflacionário, já a partir do final dos anos 70. Ao mesmo tempo, a sociedade voltava a mobilizar-se, exigindo liberdade, democracia e eleição direta do presidente da República. O último general presidente, João Figueiredo (1979-1985), viu-se obrigado a acelerar a democratização do país, a lenta e gradual abertura política iniciada por seu antecessor. Foi extinto o bipartidarismo imposto pelos militares e criaram-se novos partidos políticos. A imprensa livrou-se da censura, os sindicatos ganharam maior

liberdade e autonomia e as greves voltaram a marcar presença no cotidiano das cidades brasileiras." (Bertolli Filho, 1996).

Ainda na década de 70, algumas propostas e medidas usadas pelo Governo Federal já esboçavam o futuro do Sistema de Saúde Brasileiro, o primeiro foi a expansão da cobertura de atendimento médico para áreas descobertas ou ainda não contempladas, essas medidas atingiram uma nova e numerosa fatia da população brasileira. Outro ponto a ser observado foi o que podemos considerar o modelo embrionário da regionalização, descentralização e a hierarquização do serviço de saúde, ainda que monopolizado pela iniciativa médico-privada, serviu para incluir, por exemplo, os trabalhadores rurais, até então vivente em uma lacuna política - social completamente desprovida de assistência.

Ainda que despreziosa as medidas de inclusão social aos serviços de saúde pelo Governo da época, uma vez que o objetivo da máquina pública era de conter gastos, um novo cenário se montou de tal maneira que insuflou os anseios da população por uma política mais humanizada e universal, combustível para posteriormente os movimentos sanitaristas reivindicarem publicamente como uma bandeira de um movimento político-social que viria mudar as políticas públicas brasileiras na década de 1980. (Cunha & Cunha, 1998).

Em meio a um turbilhão de acontecimentos provenientes da crise econômica brasileira, várias propostas de transformações fervilhavam, tanto pelos corredores do Governo quanto nas ruas com a população se encorajando cada vez mais para pedir mudanças. Qualquer problema, por menor que era, adquiria um enorme vulto e a situação para o Governo ficava cada dia mais insustentável. Na saúde estes problemas se tornavam cada vez mais latentes e expunham a realidade sofrida da população com o descaso do Governo. Para tentar diminuir este mal estar e ganhar um fôlego perante a sociedade, o Governo Federal elaborou mais uma tentativa de reorientação do sistema de Saúde Brasileiro com o foco de desvencilhamento das compras dos serviços médicos privados e priorizando o serviço estatal através de um grande consórcio entre todas as esferas, chamado CONASP. (Cunha & Cunha, 1998)

Com o Consórcio Nacional de Saúde e Previdência, outros programas surgiram concomitantemente com o objetivo particular de associar os serviços regionalizados à saúde, o que foi batizado de Ações integradas de Saúde, sendo estas conveniadas entre os Governos Estaduais e o Ministério da Saúde e Previdência. Os Consorciados recebiam fomentos da esfera Federal para executar o programa regionalmente, de modo que a participação dos

municípios era facultativa, através de uma adesão ao Convênio do seu Estado. Em todos estes planos, existia a ideia de nexo da saúde pública com a assistência médica individual. Era uma pretensão ancestral que encontrava zeles antagônicos à sua concretização nos conglomerados médicos privados e na própria burocracia do INAMPS. (LABRA, 2005)

O clamor das Ações Integradas de Saúde teve uma repercussão social muito significativa, uma vez que as medidas vistas de uma forma “local” atingiram de uma forma mais ampla os anseios na municipalidade e por outro lado abriu a oportunidade para as instâncias de gestão colegiada, aumentando a participação da comunidade e da sociedade organizada. Esta crescente participação social e inclusão maior da sociedade foram as tônicas para o desenvolvimento da VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília no ano de 1986. O que moldou esta conferência tida como a mais participativa pela sociedade civil organizada e não organizada, principalmente pela maciça adesão de trabalhadores, governo, usuários, intelectuais, sanitaristas e parte dos prestadores de serviços de saúde. Esta Conferência foi um trampolim para a posterior reformulação da Constituição de 1988, reforçado por movimentos políticos com os das “Diretas” (FRANÇA, 1998)

A grande ode para a VIII Conferência Nacional de Saúde, cujos temas eram Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, Financiamento do Setor estabeleceu-se dois grandes eixos de discussão; um que ocorreu durante os trabalhos de grupos, subsidiadas por apresentações e mesas redondas sobre os temas e outro que se concretizou na assembléia final com um alto grau de debates democráticos e também de consenso sobre as discussões. O grande avanço desta Conferência Nacional, considerada por muitos como a mais importante foram as necessidades de uma reorganização e reorientação do sistema de saúde assim como todo o financiamento do novo modelo de saúde estatizado. Foi proposto também nesta oportunidade, uma revisão da legislação referente a promoção, proteção e recuperação da saúde, inclusive considerando um conceito mais ampliado que incluía acesso aos serviços de saúde, posse de terra, moradia, educação, cultura, lazer, alimentação, renda, meio ambiente, trabalho e liberdade. Esta ATA, ou Relatório Final, subsidiou os diálogos, idéias e propostas de revisão Constitucional para as negociações na Assembléia Nacional Constituinte. Essa grande ebulição de acontecimentos políticos e sociais foram transcritas e promulgadas em 05 de outubro de 1988, em forma de Lei e tida como a lei fundamental e suprema do Brasil, serviu de parâmetro de validade a todas as demais espécies normativas, situando-se no topo do ordenamento jurídico através da promulgação da

Constituição Federal de 1988. Conhecida também por “Constituição Cidadã.” Esta Constituição foi a base legal para a criação e promulgação da Lei 8080/90. (RODRIGUEZ NETO, 1994).

Contudo, antes da promulgação da Constituição em 1988, o Governo pressionado principalmente pela VIII Conferência Nacional de Saúde, lançou e implementou Um Sistema novo de Saúde, com características descentralizadora e unificada, chamado de SUDS, cujas siglas significam Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Este Sistema foi tido como uma transição para o SUS, uma vez que estadualizou os Serviços de saúde, ganhando com a incorporação dos serviços do INAMPS o que resultou em uma capitalização rápida dos Estados através dos recursos previdenciários. Contudo a estadualização, em alguns casos, levou à retração de recursos estaduais para a saúde e à apropriação de recursos federais para outras ações, além de possibilitar a negociação clientelista com os municípios. Enquanto isso resultante das abalroas e das inúmeras e diferentes propostas para o setor da Saúde presentes na Assembléia Nacional Constituinte, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população." (Cunha & Cunha, 1998)

2.2 O SUS E SEUS 24 ANOS

Constitucionalizado pela Lei Orgânica da Saúde 8080 de 1990, o SUS foi “criado” como o mais completo programa de saúde já desenvolvido no mundo e o mais arrojado também, quando reza em sua constituição que o Estado passa a ser responsável pela saúde da população brasileira. Com uma espinha dorsal firmada em uma constituição cidadã e em um conceito mais ampliado de saúde, o objetivo do SUS em suma, era de diminuir as desigualdades, preparar a atenção básica como porta de entrada do Sistema Público e ampliar o acesso a assistência a saúde de forma igualitária, universalizada e integral. (BRASIL/CONASS, 2003)

A instituição do SUS produziu resultados imediatos sobre a população brasileira. O mais importante deles foi o fim da segregação sócio- econômica que havia no sistema público de saúde. Era um sistema binário entre os incluídos e não incluídos economicamente e

socialmente, e com a o princípio da universalidade, chegou ao fim a figura injusta dos excluídos. Dessa forma, o SUS acabou com a centralização e com a concepção deturpada de cidadania que atrelava os direitos sociais à inserção no mercado de trabalho. (MENDES, 2001)

Este processo foi orientado pelas Normas Operacionais do SUS, as chamadas NOAS, que foram consolidadas pelo “consenso”, de forma pactuada entre as três esferas de gestão e que definiram, a cada momento do processo, as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir suas funções na gestão do Sistema Único de Saúde. (SCOTTI e OLIVEIRA, 1995)

O sistema de saúde brasileiro foi desenvolvido por uma organização complexa de prestadores e compradores de serviços que ainda hoje competem entre si, motivando uma combinação público-privada financiada, sobretudo por recursos privados. E isso nos abriu uma oportunidade de classificar o Sistema em três setores: o setor Público, o setor Privado e o setor da Saúde Complementar. No Setor Público, os serviços foram essencialmente financiados e aprovisionados pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, foi o grande responsável pela maior cobertura populacional, independente da adesão da população brasileira aos Convênios de Saúde pela classe média brasileira. O Setor Privado seja ele com fins lucrativos ou não, foram financiados por diferentes fontes, com recursos públicos ou privados ou com gestão mista. O Setor de Saúde Suplementar englobou os diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais. Devemos lembrar que os componentes público e privado do sistema são distintos, mas foram interconectados por uma complexa rede, em que as pessoas ou usuários podiam usar os serviços de todos os três setores, dependendo da facilidade de acesso, da facilidade de pagamento ou da própria conveniência para os usuários. (PAIM, 2011)

No governo do então Presidente da República Fernando Collor de Mello, o primeiro presidente eleito por voto popular desde a ditadura militar, a Lei Orgânica da Saúde sofreu alguns vetos, porém estes vetos foram recuperados em Dezembro do mesmo ano o que por muitos foi tido como uma grande conquista, pois estes vetos restringiam a participação popular no sistema. O que foi seguido pelo Governo, foi a não comunhão com a reforma sanitária, o que gerou, temor, desconfiança e revolta por parte de entes participativos. Ainda assim, em 1990, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que especificava as atribuições e a organização do SUS. O projeto da reforma sanitária somente foi retomado no

ano de 1992, após o caso inédito de *impeachment* do presidente por corrupção ativa, passiva e formação de quadrilha. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993)

No que concerne sobre a descentralização ela foi mais difundida e mesmo que pouco compreendida por muitos gestores, “acatada”. Neste cenário foi apresentado o Programa de Saúde da Família, popularmente conhecido pela sigla PSF. Economicamente, um novo plano de estabilização econômica, o Plano Real, foi introduzido em 1994, sob uma grande desconfiança política, principalmente pela oposição liderada pelo Partido dos Trabalhadores, ajuizado principalmente depois dos fracassos e das inúmeras mudanças da moeda nacional, que prejudicou a população brasileira, porém o Plano Real trouxe uma nova política de ajuste macroeconômico e um ambiciosos projetos de reforma Estatal. (LAMONIER, 2002)

Segundo o mesmo autor, nos dois mandatos do então Presidente da época, Fernando Henrique Cardoso, que se iniciou em 1994 e se encerrou 2002, aconteceram novos processos de ajuste macroeconômicos e de privatizações em diversos setores. Este governo deu grande estabilidade ao País e suas bases foram seguidas pelos seus sucessores. A saúde foi marcada por um grande desenvolvimento do PSF, com a criação do PACS. A saúde Básica melhorou as suas coberturas e seus indicadores, principalmente com a inclusão dos nutricionais. Na média e alta complexidade também houve destaque principalmente com a Lei derrubaria as patentes, de medicamentos de alto custo ou tidos como essenciais pra tratamentos de doenças graves ou sem cura.

Luiz Inácio Lula da Silva, também cumpridor de dois mandatos, manteve alguns aspectos da política econômica de seu antecessor, mas suspendeu as privatizações e, optou em investir nas estatizações de alguns setores da sociedade, porém mesmo assim teve um dos governos mais neoliberais da história brasileira, mesmo que se camuflando na pele do discurso esquerdista e socialista. No seu segundo mandato, promoveu um programa de governo desenvolvimentista, principalmente nas áreas Sociais, Previdenciárias e na área da Saúde com diversos programas, como o programa nacional de controle e prevenção de HIV/AIDS, para o controle do tabagismo, criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o estabelecimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar e a criação de um modelo de atenção à saúde indígena, as redes nacionais de urgência e emergência com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e a Política Nacional de Saúde Bucal, historicamente negligenciada, com o programa Brasil Sorridente foram iniciativas, entre algumas outras. (PAIM, 2011)

O grande segredo para a implementação do Sistema Único de Saúde foi a descentralização e para isso, foram necessárias a criação de legislações complementares, novas regras e reformas administrativas em todas as esferas governamentais. As regras para execução do Sistema foram as Normas Operacionais Básicas, essas Normas foram aprovadas pelo Ministério da Saúde, principalmente para distribuir as responsabilidades dos entes perante o Sistema, além de estabelecer a mecânica dos repasses financeiros. Assim como a responsabilidade centralizada anteriormente na Esfera Federal, os fomentos também passaram a ser distribuído através de repasses diretos, denominados de repasses fundo a fundo, como por exemplo, o Piso da Atenção Básica – PAB. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Do ano de 2006 para cá, muitas Normas foram substituídas pelo Pacto pela Saúde, um acordo no qual os gestores de cada nível de governo assumiram compromissos mútuos sobre as metas e responsabilidades em saúde. Este Pacto tinha o objetivo de melhorar alguns indicadores locais de Saúde, principalmente no que diz respeito a alguns eixos prioritários no âmbito da Atenção Básica. Para gerir essa política descentralizada, os organismos tomadores de decisão foram ampliados dentro do sistema, com participação social e construção de alianças entre os principais atores envolvidos. (MAIO E LIMA, 2006)

A participação da sociedade organizada foi contemplada fazendo valer a Reforma Sanitária e a Constituição de 1988. Além das conferências nacionais de saúde, foi institucionalizada uma estrutura inovadora, que estabeleceu conselhos de saúde e comitês intergestores nos níveis estadual (bipartite) e federal (tripartite) nos quais as decisões são tomadas por consenso, uma Gestão participativa que visava dar mais transparência nos processos de tomadas de decisões. (CÔRTEZ, 2009)

[...] Essas estruturas políticas representam grande inovação na governança em saúde no Brasil, pois permitiram que maior número e variedade de atores participasse do processo de tomada de decisão e definiram áreas de responsabilidade institucional com mais clareza que no passado, assegurando que cada nível de governo apoiasse a implementação da política nacional de saúde. (MIRANDA, 2007)

2.3 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

2.3.1 ORGANIZAÇÃO FINANCEIRA

Após os Pactos firmados em 2003, com grande influencia do CONASS e do CONASEMS, principal mudança no financiamento, relativo ao custeio das ações e serviços de saúde no SUS, foi a alocação dos recursos federais divididos em cinco blocos, distintos, a atenção básica/primária, a atenção de média e alta complexidade, a vigilância em Saúde, a assistência farmacêutica e a gestão do SUS propriamente dita. A implantação dos pactos foi regulamentada por portarias específicas nas Comissões Intergestoras Bipartides (CIBS), e o instrumento de formalização deste pacto foi o Termo de Compromisso de Gestão, assinados por Secretários de Saúde e Prefeitos. Com os Pactos pela Saúde extinguiu-se o processo de habilitação para estados e municípios preconizados pela NOB SUS 01/96 e pela NOAS SUS 2002. (CONASS, 2006)

A imagem de gratuidade do Sistema de Saúde brasileiro é meramente ilusória as vistas da população, que não desembolsam dinheiro na hora do atendimento nas Unidades de Saúde ou nas retiradas de medicamentos nas Farmácias Básicas Municipais. O SUS é financiado por meio de impostos das mais diferentes naturezas, contribuições sociais, através de impostos para programas sociais específicos, ou com o desembolso direto e gastos dos empregadores com saúde. O financiamento do SUS tem como fontes as receitas estatais e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. As demais fontes de financiamento são privadas – gastos por desembolso direto e aqueles realizados por empregadores. (AFONSO, 2010)

As ações e serviços de saúde, implementados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal, são financiados com recursos da União, de origens próprias ou de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no Orçamento da Seguridade Social. Os recursos são repassados por meio de transferências regulares e automáticas, remunerações por serviços produzidos, convênios, contratos de repasses e instrumentos similares. São realizados por repasses fundo a fundo e pagamento direto aos prestadores de serviços e a beneficiários cadastrados de acordo com o estabelecido em portarias específicas. (BRASIL, 2003)

A transferência de recursos fundo a fundo caracteriza-se pelo repasse dos recursos, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, observada as condições de gestão adotada, a qualificação e a certificação aos programas aderidos e aos incentivos do Ministério da Saúde e os respectivos tetos financeiros. São transferidos através do repasse Fundo a Fundo, também, alguns recursos destinados a outras ações realizadas pelos Estados e pelos Municípios, ainda que não habilitados em qualquer tipo de condição de gestão. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

Com a grande, e crescente demanda pelos serviços de saúde as prioridades pelos financiamentos da saúde são latentes e isso faz com que as autoridades das três esferas de governo estejam sempre se compelindo na busca de fontes adicionais de recursos. Com o objetivo de garantir os fomentos necessários para a manutenção da saúde pública, foi editada a Emenda Constitucional n.º 29, conhecida como a EC 29, de em 13 de setembro do ano 2000, que realizou algumas alterações na Constituição Federal, promulgada em 1988. (BRASIL, 2003)

O que foi alterado, ou melhor, complementado por esta Emenda Constitucional foi sacramentar a co-participação da União, dos Estados e dos Municípios, incluindo o Distrito federal no financiamento das ações e serviços de saúde. O exemplo do que ocorreu com a educação, a Emenda estabeleceu percentuais mínimos das receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, a serem aplicados em ações, programas e serviços públicos de saúde com a intenção de aumentar e dar melhor equilíbrio e transparência aos recursos destinados à área da saúde em todo o País. (CNS, 2002)

A regra para a distribuição dos repasses, teoricamente é bem simples, para a União, o tramite estabelecido vincula os recursos ao crescimento do PIB, o que já se diferencia no âmbito municipal, onde a receita destinada às ações de saúde poderá ter um acréscimo relevante em decorrência das mudanças das regras aplicáveis aos impostos e tributos municipais, ou seja, o imposto cobrado de forma progressiva, com aplicação de alíquotas diferenciadas de acordo com a localização e o uso do imóvel, resultará em acréscimo da receita, por exemplo. Para tanto os Municípios devem criar Fundos de Saúde pra que os recursos públicos destinados às ações e serviços de saúde possam ser aplicados e acompanhados na sua forma plena pelos respectivos Conselhos de Saúde, tanto da União quanto dos Estados, Distrito Federal e Municípios, o que garante a participação da

comunidade no controle dos recursos destinados à área da saúde e maior transparência. (CNS, 2003)

O não cumprimento da Emenda Constitucional número 29, implicara sérias sanções de diferentes naturezas, para qualquer esfera de Governo, tanto para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. Os Gestores que não cumprirem os limites mínimos estabelecidos pela Constituição Federal estarão sujeitos às mesmas sanções da Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF, que vão, desde a retenção das transferências do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e dos Municípios (FPM), até a intervenção da União no Estado, no Distrito Federal e nos Municípios e/ou da União ou dos Estados nos Municípios, bem como a cassação de mandatos. (BRASIL, 2003)

A Emenda Constitucional nº 29/2000 auto se aplica, uma vez que suas exigências e seus efeitos são imediatos. Além de ter definido claramente os limites mínimos de aplicação em saúde, a Emenda também estabeleceu regras de adequação para o período de 2000 a 2004. A partir daí, os cálculos dos limites, os critérios de rateio dos recursos, as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde e as normas de cálculo dos montantes a serem aplicados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, foram definidos por meio de Lei Complementar que deverá ser reavaliada com intervalos predeterminados de cinco anos. Caso não haja edição dessa Lei, como não houve no ano de 2009, permanecerão válidos os critérios estabelecidos na própria Emenda Constitucional. (BRASIL, 2003)

No ano de 2000 foi estabelecida a obrigatoriedade de aplicação do valor equivalente ao empenhado no exercício financeiro de 1999, acrescido de 5%. Nos anos seguintes, o valor anual a ser aplicado passou a ser calculado com base no “valor apurado no ano anterior”, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB do ano em que se elabora a proposta orçamentária. No mesmo ano foi estabelecida também a obrigatoriedade de aplicação de um percentual mínimo de 7% da receita de impostos, inclusive as transferências constitucionais e legais. Nos exercícios seguintes, esse percentual deve ser acrescido, anualmente, à razão de um quinto, até atingir, em 2004, o percentual mínimo de 12% para as receitas estaduais e de 15% para as receitas municipais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

Apesar dos esforços dos governantes para manter o financiamento do SUS estes não tem sido suficientes para assegurar os recursos financeiros adequados ou estáveis para manter

a máquina pública funcionando. Além do desgaste natural da máquina ela esta inchada e saturada, porém desnutrida pelas contribuições sociais que têm sido maiores que os recursos advindos dos impostos, que são divididos entre os poderes federal, estadual e municipal, o SUS tem sido subfinanciado. A grande realidade é que grande parte dos municípios brasileiros são exclusivamente dependentes do SUS.

[...] Em 2006, a receita advinda das contribuições sociais (17,7%) foi maior que a proveniente dos impostos (16,7%). No âmbito federal, as contribuições sociais representam cerca de 60% da receita, enquanto os impostos representam menos de 30%. 62 Além disso, o governo federal retém 58% das receitas de impostos, ao passo que os governos estaduais recebem 24,7% e os municípios, 17,3%. (HICKMAN, 2007)

Até mesmo as contribuições específicas para estruturarem o Sistema de Saúde brasileiro, como por exemplo, os recursos provenientes da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira – CPMF, criada em 1997, acabaram sendo usurpadas de seus fins específicos e através de medidas provisórias foram utilizados para outros setores da economia, piorando o quadro da Saúde. Em 2006, a arrecadação com o setor de saúde foi de apenas 40% dos R\$ 32.090 bilhões, ou seja, algo em torno de US\$ 13.645 bilhões, arrecadados pela CPMF e outra fatia considerável dos fundos restantes foi utilizada para o pagamento de juros da dívida pública. (AFONSO, 2010)

Desde o ano de 2003 a arrecadação vem aumentando em termos nominais, mas se pelo ajuste inflacionário nos mostra uma redução líquida. Foram gastos uma média de R\$ 771,56 por pessoa no ano de 2010. Em 2007, apenas 8,4% do produto interno bruto foi gasto com a saúde. Nesse ano, a proporção pública da despesa com saúde foi de 41%,8 um valor baixo quando comparado a países como Reino Unido (82%), Itália (77,2%) e Espanha (71,8%), sendo também mais baixa que a de países como EUA (45,5%) e México (46,9%). (OECD, 2010)

Outro apontamento remete as fontes de financiamento privado, ou seja, os gastos direto da população e das empresas, com subsídios governamentais diretos ou indiretos. O gasto por desembolsos diretos principalmente com medicamentos e planos particulares de Saúde, variam entre os anos de 2000 e 2006. A variação foi baixa na parcela mais pobre da população (5,83%) e a mais rica (8,31%) da população. Todavia, existem diferenças no modo como cada grupo gasta esses recursos; os mais pobres gastam mais com medicamentos, enquanto os mais ricos gastam mais com planos e seguros de saúde privados. O SUS,

portanto, dispõe de menor volume de recursos públicos para o atendimento às necessidades de saúde da população que aquele previsto quando o sistema foi criado, com o objetivo de se tornar um sistema de saúde universal e equitativo no Brasil, financiado com recursos públicos. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (IBGE, 2010)

[...] “A PNAD mostrou que no ano de 1981, 68% do total de atendimentos de saúde realizados anteriormente à pesquisa foram financiados com recursos públicos, 9% por planos ou seguros de saúde privados e 21% por gastos por desembolso direto. Em 2003, a proporção do consumo de serviços de saúde financiados com recursos públicos caiu para 56%, permanecendo nesse nível em 2008. Porém, a contribuição dos seguros de saúde aumentou de forma expressiva (21% da despesa total em 2008) – o volume de atendimentos financiados por esse setor cresceu 466% de 1981 a 1998. A proporção dos pagamentos do próprio bolso aumentou de forma contínua: passou de 9% em 1981 e 1998 para 15% em 2003 e 19% em 2008. Em 1981, o sistema de previdência social pagou 75% das internações hospitalares, enquanto em 2008 o SUS pagou apenas 67% das internações. Em 1981, 6% das internações hospitalares foram pagas por planos de saúde privados, uma proporção que cresceu para 20% em 2008. Já a proporção de internações hospitalares pagas por desembolso direto (cerca de 10% em 2008) se manteve constante desde 1981.”

2.3.2. ORGANIZAÇÃO E OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS

Basicamente o Sistema único de Saúde Brasileiro é organizado por três níveis de Atenções diferentes com diferentes níveis de complexidades. Respectivamente temos a Atenção Primária, cujo nível de complexidade é básico e corresponde a grande fatia de atendimentos públicos de saúde da população. O segundo Nível de atenção é a Atenção Secundária, com seus atendimentos e ofertas de serviços em uma complexidade intermediária ou alta. Finalmente o Terceiro nível de Atenção é a Atenção Terciária, que pode ser entendido por serviços de todas as naturezas de complexidade, porém realizado pela Saúde complementar.

Para que todo este universo pudesse funcionar, dando respostas adequadas às necessidades dos usuários, de forma conexa e coordenada, foi necessário estabelecer diferentes estratégias que permitiram criar múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença. A criação de uma rede, que engloba todos os aspectos da assistência, do acesso e do tratamento chamado de Rede de Atenção à Saúde (RAS) visto como um arranjo organizativo formado pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde, num determinado território geográfico, responsável não apenas pela oferta de serviços, mas também de como

estes estão se relacionando, certificando dessa forma que o aumento da cobertura em saúde seja acompanhado de um alargamento da comunicação entre os serviços, a fim de garantir a integralidade da atenção (BRASIL, 2009b; 2011). Os fluxos, as referências e as contrarreferências de atendimento das demandas de saúde nos diversos níveis de atenção foram e deve ser determinada na Rede de Atenção a saúde, com o objetivo de obter a integralidade do cuidado. A principal porta de entrada e de comunicação entre os diversos pontos da RAS é a Atenção Básica, constituída de equipe multidisciplinar, responsável pelo atendimento de forma resolutiva da população da área adstrita e pela construção de vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitárias efetivas (BRASIL, 2011).

O senso de que existe uma necessidade visceral de que a população brasileira precisa de uma Proteção Social engloba os preceitos de universalização da Saúde brasileira e surge como um oásis perante a crescente desigualdade social e uma sutura sobre a imensa ferida aberta entre os mais pobres e os mais ricos, em especial nos países Latinos Americanos. Contudo, o tempo resposta dos sistemas de saúde aos anseios da população é no mínimo questionável, para não dizer insuficiente, em especial no Brasil, onde os modelos de saúde ainda são centrados no profissional médico e nos hospitais. (BAZZANI, R. et al. 2006).

A Atenção Primária de Saúde, identificada pela sigla APS, nada mais é que a organização de serviços de saúde, respondendo a um modelo assistencial pré-existente, de forma que almeja integrar todas as vertentes de saúde de uma população. Em um molde mais desenvolvido, a atenção primária é a porta de entrada, o primeiro contato com um sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo e este local, este universo, este organismo busca proporcionar um equilíbrio entre as duas primícias de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos (STARFIELD, 2002)

O desenvolvimento da atenção primária – ou atenção básica, como é chamado no Brasil e podem ser vistas como um sinônimo – tem recebido muito destaque no SUS. Incentivada pelo processo de descentralização do Sistema e alicerçada por programas de natureza estruturante, a atenção básica foi estimulada a oferecer um acesso universal a assistência, aos serviços e a gestão. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) desenvolveu dois grandes programas que tidos como espinhas dorsais do SUS, o Programa Saúde da Família – PSF, regulamentado pela Portaria n. 648, de 28 de março de 2006 e o

Programa dos Agentes Comunitários de Saúde – PACS, regulamentado pela Portaria n. 687, de 30 de março de 2006. A partir destas duas políticas nacionais que são objeto primordial deste livro: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). (BRASIL, 2012).

Atualmente o PSF é o principal programa estruturante e usado como estratégia para a Atenção Básica, que consiste em um atendimento interativo entre clínica e promoção de saúde por equipes, chamadas equipes da família, geralmente composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Esta equipe é denominada pelo Ministério da Saúde como equipe básica, porém desde 2004, as equipes passaram a contar com outros profissionais e formando assim novas equipes, como por exemplo, as equipes de saúde bucal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Essas equipes trabalham nas chamadas unidades de Saúde da Família, que usam como estratégia as microáreas, que são divisões dentro de um território cingido, com suas respectivas populações medidas em famílias como unidade de contagem ou pessoas. Essas áreas podem conter de 600 a 1.000 famílias para cada Estratégia Saúde da Família (ESF). As equipes visitam os lares, cadastram as famílias e levantam as necessidades de saúde da população e uma vez diagnosticado os problemas, os Agentes Comunitários de saúde agendam os serviços de apoio ou diagnóstico na unidade de saúde daquela área ou a mais próxima dela. Segundo o Ministério da saúde, o PSF tem se expandido de uma forma vertiginosa e em 2010, havia aproximadamente 236.000 agentes comunitários de saúde e 30.000 equipes de saúde da família, que atendiam cerca de 98 milhões de pessoas em 85% (4.737) dos municípios brasileiros. (BRASIL, 2012)

QUADRO 1. OS FUNDAMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA SEGUNDO PNAB (MS, 2012)

FUNDAMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA SEGUNDO A PNAB

- 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 a fim de permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- 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, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe; e a coordenação do cuidado na rede serviços;
- 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;
- valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;
- estimular a participação popular e o controle social.

A análise das características particulares de cada população como os aspectos ambientais, socioeconômicos, demográficos, culturais e de saúde orientam a organização local de cada serviço. A tendência à criação e ao fortalecimento de estruturas regulatórias nas secretarias municipais de saúde e nas unidades de saúde da família, embora ainda esteja em seus estágios iniciais, serão primordiais para o sucesso da Assistência, pois complementa a oferta de serviço. A regulamentação e regulação do Sistema têm sido fortemente influenciadas pela expansão do PSF e desenvolvimento social da comunidade, que é o fator regulatório deste modelo. Do mesmo jeito que o SUS é descentralizado as políticas dentro do sistema também são, e desta forma a Atenção Primária deve ser vista sob diferentes prismas e em ordem regionalizada, com atribuições comuns entre os entes e atribuições específicas, porém interligadas em uma grande rede de assistência. No Quadro 2, uma adaptação de um trecho da obra da Secretaria Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde, sobre a Política Nacional de atenção Básica com as competências comuns entre os entes, sem distinções governamentais e que devem ser realizadas sobre os esforços de todos, uma vez que são diretrizes contempladas pelos Pactos de 2006.

Quadro2. Competências comuns entre as esferas sobre a PNAB. (MS, 2012)

SÃO RESPONSABILIDADES COMUNS A TODAS AS ESFERAS DE GOVERNO:

- I- Contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos fundamentos e diretrizes assinalados;
 - II - Apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como tática prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica à Saúde;
 - III - Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com suas responsabilidades;
 - IV - Contribuir com o financiamento tripartite da atenção básica;
 - V - Estabelecer, nos respectivos planos de saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da atenção básica;
 - VI - Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários;
 - VII - Desenvolver, disponibilizar e implantar os sistemas de informações da atenção básica de acordo com suas responsabilidades;
 - VIII - Planejar, apoiar, monitorar e avaliar a atenção básica;
 - IX - Estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da atenção básica, como parte do processo de planejamento e programação;
 - X - Divulgar as informações e os resultados alcançados pela atenção básica;
 - XI - Promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à atenção básica;
 - XII - Viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família no País;
 - XIII - Estimular a participação popular e o controle social.
-

Ao longo dos 24 anos do SUS, realmente a melhora na oferta de serviços de saúde é nítida para todos os olhos da população, o Sistema de Saúde brasileiro, apesar de seus problemas pode ser considerado um Sistema vitorioso, uma vez que garantiu e garante o acesso igualitário, equânime e integral a todas as fatias da população. O foco da Política Nacional de Atenção Básica com suas responsabilidades individuais, tripartites e ou bipartites, assegurando os milhares de Reais e Dólares em investimentos na atenção básica trouxeram alguns resultados positivos relatados por PAIM (2012) em sua obra. O autor compara que no ano de 2008, 57% dos brasileiros preferiram a atenção básica como seu serviço de saúde de uso habitual (em 1998 essa porcentagem era de 42%), enquanto a proporção de pessoas que descreveram os ambulatórios hospitalares como sua fonte habitual de cuidados diminuiu de 21% para 12% no mesmo período.

No mesmo estudo, contrariando as estatísticas sobre a compra de serviços complementares de saúde e a credence popular de que os serviços privados ou terceirizados são melhores que os públicos, alguns usuários das unidades de saúde da família afirmaram que os encaminhamentos a serviços secundários são mais efetivos quando feitos por uma equipe de saúde da família e que o tempo de espera é mais curto que nos casos de encaminhamentos feitos por outras fontes. Entretanto, uma proporção significativa ainda buscava serviços especializados sem encaminhamento da atenção básica. (PAIM, 2012)

O programa Saúde da Família, o PSF como alicerce da PNAB possuiu relação direta com indicadores epidemiológicos que nos agraciaram com dados bem satisfatórios e animadores em relação a alguns panoramas da Saúde, como é o caso da redução na Taxa de Mortalidade Infantil pós-neonatal que é um indicador extremamente atribuível à redução no número de mortes por doença diarreica e por infecções do aparelho respiratório, doenças essas prioritárias nas diretrizes do Sispacto de 2006. (AQUINO, 2009)

Para ALFRADAQUE (2008) esse efeito sobre a melhora dos indicadores de saúde em relação direta com a porta de entrada do sistema público é mais pronunciado nos municípios menores, ou capitais, municípios carentes ou geograficamente afastados, que assumiram a gestão dos serviços ambulatoriais previamente administrados pelo governo federal ou estadual.

Apesar dos números animadores, a Atenção Primária busca ainda a sua plenitude e a derradeira consolidação do Programa Saúde da Família, com sua estratégia complexa e

ambiciosa. Muitas vezes essa busca é prejudicada por resquícios de assistências de saúde, unidades de saúde tradicionais de atenção básica, criadas antes do PSF, os famosos “Postinhos”, que seguem uma gestão Municipal e encontram grande dificuldade, principalmente pelos Servidores e Secretários, em integrar os serviços oferecidos. Geralmente estas unidades dividem a mesma área geográfica das estratégias de saúde da família. O resultado disso é que a população utiliza um ou outro, de acordo com a facilidade de acesso e a sua conveniência. (ALMEIDA, 2006).

Segundo dados do Ministério da Saúde, no ano de 2010, 15% dos municípios não tinham equipes do PSF.

FIG 1. Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde no BRASIL até Agosto 2011 (MS SIAB, 2013)

Gráfico 1. Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas BRASIL - 1994 – AGOSTO 2011 (MS – SIAB, 2013)

GRAF.2 . Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas BRASIL - 1994 – AGOSTO 2011 (MS-SIAB, 2013)

Complementando as malhas da rede de saúde o Sistema de Saúde brasileiro nos leva a outro patamar de Atenção a Saúde, o que é classificado didaticamente em Atenção Secundária, que são os procedimentos que exigem um nível de conhecimento técnico e estrutural um pouco mais complexo do que os oferecidos na Atenção Básica. É fato notório que estes níveis estejam interligados e assim devem ser, porém analisá-los de forma separada será bem elucidativo. Tecnicamente a atenção secundária é formada pelos serviços especializados ambulatoriais e hospitalares, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária. Historicamente conhecida pelos Gestores como procedimentos de média complexidade, esse nível compreende essencialmente os serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência. (ERDMANN, 2013)

A realização de serviços complexos e especializados no SUS é problemática, pois a demanda é muito grande e a oferta de serviços e mão de obra qualificada para o mesmo é escassa ou limitada. Geralmente estes serviços, por serem caros e exigirem profissionais especializados, são terceirizados ou conveniados com a iniciativa privada e o setor privado contratado muitas vezes dá preferência aos portadores de planos de saúde privados. (PIOLA, 2009)

Muito deve ser construído para a manutenção e a organização da Atenção Secundária, seus serviços complementares de extrema importância para a manutenção da Saúde da População, ainda são muito caros e pela Política de Regionalização, os municípios de contingente populacional menor ou de complexidade menor não conseguem atender a demanda por não possuírem os serviços ou profissionais especializados. Diante disso. A atenção secundária é pouco regulamentada e os procedimentos de média complexidade freqüentemente são preteridos em favor dos procedimentos de alto custo. O SUS é altamente dependente de contratos com o setor privado, sobretudo no caso de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, um grande exemplo disso, é citado pelo CONASS (2006) onde apenas 24,1% dos tomógrafos e 13,4% dos aparelhos de ressonância magnética são públicos e o acesso é desigual.

Segundo NORONHA, (2011) aponta em sua obra, que apesar de todos os esforços do Governo em melhorar a cobertura com políticas específicas, destinadas ao aumento da oferta pública de serviços tidos como complexos, apenas levaram ao crescimento do número de procedimentos ambulatoriais especializados, ou seja, aumentou a demanda, porém o fluxo de

exames realizados pelo SUS nos últimos dez anos, não foi congruente e números do ano de 2010, nos mostrou que tais procedimentos representaram cerca de 30% das consultas ambulatoriais registradas no Sistema.

É indiscutível os benefícios que a Atenção Secundária nos trouxe como medidas especializadas para problemas especializados, porém as mudanças são burocráticas e os acompanhamentos pelas esferas são lentos e a demanda pelo serviço é crescente. Isso é angustiante nas mãos dos Gestores que se tornam reféns da Regulação e dependentes da vontade política e organizacional dos municípios de Referência e do Estado, que geralmente não compreende os pactos e se colocam em um patamar de barganha e de prejuízo perante o Sistema.

A atenção secundária também passou a contar com centros de especialidades odontológicas, (CEOS), com a função de oferecer atendimentos especializados em odontologia, como periodontia, endodontia, prótese dentária e cirurgia bucomaxilofacial. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas modalidades I, II, III e AD(álcool e drogas) , serviços de aconselhamento para HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, Serviço de Atendimento Especializado (SAE), para o tratamento do HIV/AIDS e doenças sexualmente transmissíveis, Centros de referência em saúde do trabalhador e serviços de reabilitação. Em 2008, foram criadas unidades de pronto-atendimento (UPA) que servem como porta de entrada para os serviços de urgência e emergência e funcionam 24 horas para aliviar a demanda nas emergências hospitalares, além de realizarem internações de curta duração. Essas unidades se articulam com o Serviço de atendimento médico de urgência (SAMU), que conta com ambulâncias e caminhonetes, que são verdadeiras UTIs, com equipamentos de suporte básico e avançado de vida, aviões, helicópteros, embarcações e até motocicletas capazes de atender pessoas nas ruas, em casa ou no trabalho. Em maio de 2010, havia 391 UPA e o SAMU estava presente em 1.150 municípios, cobrindo 55% da população brasileira. Em 2008, o SUS assegurou 74% de toda a assistência domiciliar de emergência. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Além desses atendimentos, a Atenção Secundária e a Atenção Primária, através do Ministério da Saúde desenvolveram programas que privilegiaram as populações tidas como vulneráveis, como os indígenas, os ribeirinhos e os quilombolas. Estes esforços podem ser visto como uma grande reforma de inclusão, no SUS e a tendência tem sido estruturar

subsistemas paralelos dentro do Sistema de Saúde para atender a necessidades específicas, o que leva as dificuldades de coordenação e continuidade do cuidado. (SOLLA, 2008)

Complementando a organiza do SUS, a Atenção Secundária é compreendida pelos procedimentos de altos custos e é predominantemente realizado pela iniciativa privada subsidiada por recursos públicos através de convênios e prestação de serviços e os hospitais públicos de ensino, pagos com recursos públicos a preços próximos ao valor de mercado. (SOLLA, 2011)

Como de fato acontece em vários países, desenvolvidos ou não, a oferta de serviços hospitalares e serviços hospitalares de alto custo é contrabalanceado pelo controle financeiro, de receita e de despesa o que é um desafio imenso para países como o nosso, onde culturalmente saúde se resume em atendimento hospitalar. Para que haja este atendimento de uma forma humanitária, universal e integral, o Sistema deve estar preparado para atender com a inclusão da eficiência, da qualidade da atenção, da provisão de acesso a cuidados abrangentes, da coordenação com a atenção básica e a inclusão de médicos na resolução de problemas. (VECINA NETO, 2007)

Infelizmente a Atenção terciária não obedece a organização do Sistema Primário, com a regionalização e formação de Redes e com isso não temos um modelo eficaz de referencia e contra-referência, e ficamos a mercê do frágil, permeável e defeituoso Sistema de Regulação, porém este fluxo está sendo domado por políticas específicas para alguns procedimentos de alto custo, por exemplo., o sistema de gerenciamento de listas de espera para transplantes de órgãos e hemoderivados e, para algumas especialidades, como cirurgia cardíaca, tratamento e cirurgia oncologia, tratamento de pacientes renais crônicos e transplante de órgãos, que estão “obrigando” a se organizar na forma de redes.(HARTZ,2004).

[...] O Ministério da Saúde tem tentado organizar redes de serviços por meio do fortalecimento do PSF e da implementação dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TELAS). Contudo, obstáculos estruturais, procedimentais e políticos, como desequilíbrio de poder entre integrantes da rede, falta de responsabilização dos atores envolvidos, descontinuidades administrativas e a alta rotatividade de gestores por motivos políticos, tendem a comprometer a efetividade dessas iniciativas. (LOPES, 2010)

Nem todas as empresas do setor privado utilizam o modelo de Atenção gerenciada, este termo, atenção gerenciada, é usado para descrever uma variedade de mecanismos pelos quais planos de saúde buscam conter os custos e/ou racionalizar a utilização de serviços/insumos incorporados em cada tratamento. Tais planos e produtos fazem parte de um sistema que integra financiamento e prestação de assistência à saúde, bem como as organizações que oferecem tal cobertura e planos denominados “*point-of-service*”, este sistema de oferta de serviços é considerado as formas mais atualizadas de prestação e que concedem aos beneficiários, maior poder de escolha. Este Sistema foi pouco aderido aos planos privados de Saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pouco fez e tampouco faz para regulamentar estes serviços que é predominado por um modelo de atenção focado na demanda individual, e não em estratégias de promoção da saúde de base populacional. (FARIAS, 2009).

Segundo o mesmo autor, a probabilidade de um paciente ser internado num hospital aumenta com a disponibilidade de leitos e de unidades de atenção básica e diminui com a distância entre o município onde vive o paciente e o local onde o serviço está disponível. O retrato, o panorama desta situação se torna preocupante para o Ministério da Saúde, uma vez que segundo o próprio Ministério uma em cada cinco internações hospitalares no SUS ocorrem em hospitais de municípios diferentes daqueles onde o paciente vive. Assim, habitantes de municípios pobres têm menos possibilidade de obter internação que habitantes de municípios mais ricos, o que exige políticas não somente para regionalizar e assegurar o transporte de pacientes ao hospital, mas também para modificar os modelos de cuidado de modo a reduzir tais desigualdades no acesso. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

2.3.3. INFRAESTRUTURA

O atual panorama Brasileiro nos aponta que a rede de Assistência de Saúde tem como infraestrutura o quantitativo de 6.384 hospitais, dos quais 69,1% são privados. Apenas 35,4% dos leitos hospitalares se encontram no setor público; 38,7% dos leitos do setor privado são disponibilizados para o SUS por meio de contratos. Para melhor expor este quadro, apenas ¼ dos hospitais públicos são governados pelas esferas municipais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Tabela1. GERAÇÃO DE EMPREGOS NOS PROGRAMAS E INVESTIMENTOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PERÍODO - 1998 A 2002 (MS, 2013)

PROGRAMA	PARÂMETRO	EMPREGOS GERADOS
Aumento de 12.586 Equipes do Programa de Saúde da Família (de 1.623 equipes em 97 para 14.209 equipes em fev/2002)	Equipe Básica (sem agentes comunitários): 1 médico 1 enfermeiro 2 auxiliares de enfermagem	50.344 empregos
Ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, associados ou não ao PSF (dez/97 a fev/02)	104.350 novos Agentes Comunitários de Saúde	104.350 empregos
Agentes Sanitários de Combate a Endemias (dengue e outras, como malária)	Agentes sanitários contratados pelos municípios e estados com recursos transferidos pelo MS para combate à dengue e outras endemias (número de agentes previstos nos planos de trabalho e informados pelos estados e municípios)	53.000 empregos
Programa de Saúde Bucal	2.731 Equipes compostas por um dentista e 1 técnico de higiene dentária	5.462 empregos
Programa de Saúde Indígena	Componente especial do PSF específico para as populações indígenas, com equipes compostas por médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde indígena, dentre outros profissionais	5.805 empregos
Piso da Atenção Básica - PAB	1.950 municípios que recebiam até R\$ 3,00/habitante/ano, passaram a receber R\$ 10,00/habitante/ano. Média de 5 empregos por municípios para expansão da atenção básica	10.000 empregos
Criação de 10 mil novos leitos hospitalares	3,5 empregos gerados por cada novo leito hospitalar	35.000 empregos
Ampliação de R\$ 700 milhões nos investimentos anuais em saneamento básico	Média de 65 empregos para cada 1 milhão de reais investido	45.500 empregos
Ampliação, em R\$ 700 milhões por ano, nos investimentos em infraestrutura do SUS (hospitais, laboratórios e equipamentos)	Média de 65 empregos para cada 1 milhão de reais investido	45.500 empregos
Ampliação de serviços médico-ambulatoriais de alta complexidades e ampliação/construção de unidades básicas de saúde	Estimativa de empregos gerados com a construção de 1.000 unidades básicas de saúde (mínimo de 5 profissionais para operação) e da maior oferta de equipamentos para procedimentos de alta complexidade	15.000 empregos
Programas especiais (Vigilância Sanitária, Combate às Carências Nutricionais e Assistência Farmacêutica, dentre outros)	Esses programas implicam na transferência direta de recursos para os municípios e tem impacto na geração de empregos, pois significam a contratação de profissionais para iniciar ou ampliar as ações de vigilância, controle e acompanhamento.	10.000 empregos
	TOTAL DE EMPREGOS GERADOS	379.961 empregos

Além da dificuldade em encontrar leitos públicos municipais, após a descentralização, foram criados vários novos hospitais, com uma média de 35 leitos cada. Como resultado, cerca de 60% dos hospitais possuem 50 leitos ou menos. Esses hospitais novos seguem uma tendência de minimizar as dimensões físicas, sobretudo os construídos nas esferas municipais e os de natureza privada com fins lucrativos, prestadores de serviços ou não, se caracterizam por serem menos efetivos e eficientes que os hospitais maiores. Uma vez que a tendência comercial desses estabelecimentos é de oferecer os mesmos serviços ambulatoriais e internações básicas, com serviços eletivos de complexidade média e baixa, o que não desafoga o sistema, apenas joga o paciente em um círculo vicioso, pois quando necessária a oferta de procedimentos de alta complexidade ou leitos de UTIs, os pacientes são empurrados novamente para a rede pública. Outro dado relevante é que, no ano de 2005 existiam apenas 67 hospitais com mais de 400 leitos e estes mesmos hospitais se concentravam na região Sudeste enquanto que na região Norte do país não possuía hospital com mais de 400 leitos, porém esta Região é detentora do maior quantitativo de hospitais de pequeno porte, com 9,5% dos hospitais menores. (LA FORGIA, 2009)

Embora o número de leitos seja insuficiente e cada vez menor, comparados com países da América Latina, como o México, por exemplo, o número de profissionais da Saúde aumentou vertiginosamente, e hoje é visto como fonte causadora de um inchaço da máquina pública uma vez que não trouxe para o Sistema um impacto resolutivo, para o SUS. Em 2007, havia percentual de 1,7 médicos por 1.000 habitantes, embora a distribuição geográfica fosse desigual. O percentual de enfermeiros era 0,9 e o de dentistas, 1,2 por 1.000 habitantes, com uma distribuição bastante semelhante à dos médicos, fenômeno denominado de polarização. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Em 2005, o setor público brasileiro gerou 56,4% dos empregos no setor de saúde, sobretudo em nível municipal (38,8%). Os médicos ocupavam 61% dos empregos, os enfermeiros, 13% e especialistas em saúde pública, apenas 0,2%. (IBGE, 2007)

Outro fator a ser destacado como exitoso, porém em um processo de construção é o Sistema de Informação do Ministério da Saúde, depois da descentralização teve como base as informações obtidas pelas estratégias municipais, ou seja, seu fluxo corre de baixo para cima, vindo de uma grande base piramidal de inúmeros programas e essas mudanças ocorreram nas bases dos sistemas de informação, tanto em sua operacionalização como em seu tratamento. Existe no Brasil uma gama colossal de diferentes Sistemas de Informações em Saúde criados

para atender as diferentes demandas e necessidades em todas as esferas de governo voltado principalmente aos eixos de operação de estabelecimentos assistenciais, à gerência de redes de serviços, às estatísticas vitais e à investigação e ao controle de diversas doenças que podem e devem ser usados para o planejamento, por parte do gestor e da equipe de saúde, de intervenções sobre sua realidade sanitária.

Com o advento e a velocidade tecnológica, os gargalos que aparecem em decorrência das alimentações e mudanças das realidades locais, geram diversas atualizações, substituições e oferta de sortidos programas gerenciais, o que carece de uma padronização. Esta falta de padronização dos procedimentos de obtenção e fluxo dos dados, a heterogeneidade de sua periodicidade até mesmo a sua inexistência em muitos municípios brasileiros vêm, há aproximadamente duas décadas, levando o Executivo Federal e os Órgãos de Controle, a priorizar e a exigir através de judicialização e recomendação, tanto dos Tribunais de Contas quanto dos Ministérios Públicos, a interligação e dependência de informações dos estados e municípios, definindo de forma arbitrária seus atributos e sua forma de apresentação, de tal forma que, na prática, as secretarias estaduais de saúde e as secretarias municipais de saúde por tabela acabam por “optar” pela adoção dos aplicativos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. (CONASS, 2010)

Segundo ainda o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, Apesar de todos esses sistemas encontrarem-se hoje subordinados a uma única instituição (o Ministério da Saúde) as várias áreas técnicas mantêm, de maneira geral, as mesmas diferenças de culturas institucionais verificadas na época de sua concepção. A possibilidade de integrá-los ou as informações que aportam é um sonho antigo dos profissionais do setor, na medida em que isso possibilitaria análises mais integradas e fidedignas da situação de saúde das populações.

A integração e a compatibilidade entre os diversos sistemas de saúde vêm sendo um dos aspectos mais discutidos e buscados no que se refere às grandes bases de dados nacionais, tendo, ainda na segunda metade da década de 1990, se transformado em tema de uma oficina de trabalho no V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Abrasco) e de um dos comitês especiais da Rede Integrada de Informações para a Saúde (Ripsa), que hoje em dia é também o foco do Ministério da Saúde, com a criação de plataformas mais inteligentes, que são interligadas entre diferentes órgãos, com intuito de dar mais velocidade e transparência aos dados de Saúde brasileiros. Como exemplos dessas tendências podem ser citados o Relatório Anual de Gestão, e o programa E-SUS que foi desenvolvido para atender às necessidades de

cuidado na Atenção Básica. Logo, o sistema poderá ser utilizado para por profissionais das equipes de AB, pelas equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), do Consultório na Rua (CnR) e da Atenção Domiciliar (AD), oferecendo ainda dados para acompanhamento de programas como Saúde na Escola (PSE) e Academia da Saúde. A primeira versão do sistema apóia a gestão do processo de trabalho das equipes por meio da geração de relatórios, sendo que, a segunda versão contemplará várias ferramentas de apoio à gestão. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Por terem uma abrangência nacional, esses Sistemas de Informação são utilizados em todas as esferas de gestão do SUS e alguns deles foram destacados como de alimentação obrigatória. Embora as bases de dados por eles conformadas cubram a maior parte das informações necessárias ao planejamento e à avaliação de ações e serviços de saúde, a lógica em que foram desenvolvidas fez que, até os dias de hoje, continuem a serem usadas predominantemente de forma “compartimentalizada”, segundo MORAES (1994),

2.3.4. ACESSO E USO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O acesso e a utilização dos serviços de saúde representam a força motriz, o epicentro do mecanismo de funcionamento dos sistemas de saúde brasileiro. Para que haja uma compreensão mais ampla do entendimento destes serviços definiu-se que o conceito do termo uso compreende como todo contato direto e indireto dos serviços de saúde. O processo de utilização desses serviços é resultante da interação do comportamento do usuário que procura cuidados e dos servidores e profissionais que o regem os serviços dentro do sistema de saúde. Em linhas gerais, os determinantes do acesso e do uso dos serviços de saúde podem ser descritos como aqueles fatores relacionados: à necessidade de saúde, aos usuários, aos prestadores de serviços e à política. (TRAVASSOS, 2004)

Uma política de saúde com o porte do SUS sempre busca, por princípio, cumprir com seus preceitos doutrinários minimizar ou compensar, as desigualdades produzidas pela própria organização social brasileira. Entre os anos de 1994 e 2006, a procura por serviços de saúde no Estado de São Paulo, aumentou de 28,1% para 38,3% da população residente. No Brasil este número mostra segundo a Pnad, mais de 70% da população brasileira referem que têm um serviço de uso regular. Houve importante crescimento nesse percentual no primeiro

quinquênio, em todas as regiões do país, e uma redução, no segundo, nas regiões mais desenvolvidas e no país como um todo. (VIACAVA, 2010)

O mesmo autor relata que mais importante é que as Unidades Básicas de Saúde são cada vez mais procuradas pela população e de forma mais regular sendo uma procura de 42%, no ano de 1998 para quase 57%, de procura regular para o ano de 2008, além de que a complexidade dos serviços ambulatoriais também vem caindo em todas as regiões, o que é explicado pelo autor que esses dados indicam que, de modo geral, e especialmente no setor público, o modelo de atenção hierarquizado vem se implantando segundo os princípios estabelecidos para o SUS.

Os incentivos federais nos últimos 10 anos passaram a ser majoritários para o fortalecimento da Atenção Básica e principalmente os projetos autorizados pelo Fundo Nacional de Saúde, estabelecia abertura para inscrições dos municípios para construção e reforma de Unidades Básicas de Saúde e posteriormente ampliação de UBSs, o que marcou de forma notória a amplitude do acesso da população aos serviços de saúde. Além do acesso, outro fenômeno observado foi a democratização dos espaços de saúde pública, sendo as Unidades de saúde procuradas por todos os estratos sociais. (RIBEIRO et al., 2006).

Outros dados observados é que em 2006 houve um aumento relativo da procura por hospitais e prontos-socorros (47,1%) e redução para serviços ambulatoriais em Hospitais (50,7%) e essa tendência foi mantida e segundo os resultados do PNAD/IBGE de 2012, caiu para 12,2%. Contudo, as consultas hospitalares nas regiões mais desenvolvidas aumentaram o pode estar diretamente relacionado com o predomínio de problemas de saúde que necessitam de intervenções hospitalares ou de urgência, como aqueles resultantes do crescimento da violência urbana, acidentes de trânsito, neoplasias e doenças cardiovasculares que dominam o perfil de morbidade e mortalidade atual. No início do período, os óbitos por esse conjunto de causas correspondiam a 59% do total de óbitos, enquanto no final chegavam a 63% dos óbitos. (PNAD/IBGE, 2012)

Ainda, segundo o PNAD/IBGE (2012) Entre as pessoas que procuraram serviços de saúde, 94,7% em 1994 e 93,5% em 2006 conseguiram ser atendidos, sugerindo assim ampla cobertura nas duas oportunidades. A maioria dos atendimentos (93,5%) ocorreu no mesmo dia da procura, este dado sugere que, além da cobertura ampla, quase universal, o acesso aos serviços pode ser considerado fácil e esses dados continuaram melhorando até 2012.

2.4. AS COMPETÊNCIAS DE CADA ESFERA DE GESTÃO NO SUS;

Este tema é visto como um dos mais importantes e mais discutidos entre diversos autores da área da Saúde Pública, uma vez que estão relacionados com os problemas e os anseios da população usuária. Os desafios são diversos e principalmente na gestão municipal é que os problemas se concretizam e se tornam públicos, e mancham a grandeza de SUS estigmatizando-o como um fracasso ou um engodo para a população. Muitas vezes a população, com seu conhecimento superficial do Sistema gera uma expectativa ilusória da Assistência. Esses usuários, munidos com o manto da “gratuidade” dos serviços e desconhecimento pleno das diretrizes organizativas, impulsionados pelo despreparo dos servidores locais, criam uma realidade hostil onde deveria haver acolhimento, orientação e cuidados. O conhecimento e a clara definição das instâncias e das responsabilidades pelas gestões das políticas no SUS são extremamente importantes para asseverar melhores condições para todos os inseridos no Sistema e fazer valer os ditos da Constituição Federal de 1988.

A Lei Orgânica da Saúde, de número 8080/1990, BRASIL (1990), coloca que o SUS segue uma única direção em cada esfera de governo, e estas esferas são comandadas por um “Gestor do SUS” em todos os âmbitos, exercendo seu papel junto ao poder executivo, sendo estes gestores os Secretários e o próprio ministro da saúde. Este ator é muito importante para o desenvolvimento das políticas públicas de saúde, uma vez que ele funciona como uma autoridade sanitária, em sua esfera, com dimensões políticas e técnicas. (PEREIRA, et.al, 2004)

O que deve ser visto e revisto e principalmente levado em consideração é que estes cargos são cargos de natureza política, mesmo que a essência e a responsabilidade seja técnica administrativa, pois tais atores são designações diretas e da confiança dos chefes dos Poderes Executivos, no caso o Presidente, o Governador e o prefeito respectivamente. Isso situa o gestor da saúde como integrante de uma equipe que tem responsabilidade por um determinado “projeto de governo”, que terá de dar respostas ao chefe político em cada esfera e interagir com outros órgãos de governo. Por outro lado, a autoridade sanitária tem a responsabilidade de conduzir as políticas de saúde segundo as determinações constitucionais e legais do SUS, que constituem um dado modelo de política de Estado para a saúde que não se encerra no período de um governo. (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

[...] “a interação do projeto de governo-política de Estado setorial tem de ser considerada na reflexão sobre a atuação dos gestores do SUS, visto que muitas vezes pode expressar tensões que influenciam a possibilidade de continuidade e consolidação das políticas públicas de saúde. A atuação política do gestor do SUS se expressa em seu relacionamento constante com diversos grupos e atores sociais, nos diferentes espaços de negociação e decisão existentes, formais e informais. Os objetivos a serem perseguidos na área da saúde exigem a interação do gestor com os demais órgãos governamentais executivos (por exemplo, outros ministérios ou secretarias de governo), com outros Poderes (Legislativo e Judiciário), com gestores de outras esferas de governo e com a sociedade civil organizada.” (MACHADO, 2007)

Segundo o mesmo autor, a atuação técnica do gestor do SUS, devido a sua natureza, é constantemente permeada por variáveis políticas, e judiciais que se alicerçam por meio do exercício das funções e atribuições na saúde, que infelizmente depende de conhecimentos específicos, habilidades e experiências no campo da gestão pública e da gestão em saúde.

Tab.2 Resumo das responsabilidades de cada esfera perante alguns setores de governança- adaptado da obra “princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS” - Qualificação de Gestores do SUS (FIOCRUZ, 2011)

ESFERA DE GOVERNO	FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS E PLANEJAMENTO	FINANCIAMENTO	REGULAÇÃO, COORDENAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO	EXECUÇÃO DIRETA DE SERVIÇOS
FEDERAL	<ul style="list-style-type: none"> • identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito nacional. • Papel estratégico e normativo. • Manutenção da unicidade, respeitando a diversidade. • busca da equidade. • Apoio e incentivo para o fortalecimento institucional e de práticas inovadoras de gestão estadual e municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia de recursos estáveis e suficientes para o setor saúde. • Peso importante dos recursos federais. • Papel redistributivo. • Definição de prioridades nacionais e critérios de investimentos e alocação entre áreas da política e entre regiões/estados. • realização de investimentos para redução de desigualdades. • busca da equidade na 	<ul style="list-style-type: none"> Regulação de sistemas estaduais. • Coordenação de redes de referência de caráter interestadual/nacional. • Apoio à articulação interestadual. • regulação da incorporação e uso de tecnologias em saúde. • normas de regulação sanitária no plano nacional. • regulação de mercados em saúde (planos privados, insumos). • regulação das 	<ul style="list-style-type: none"> Em caráter de exceção. • Em áreas/ações estratégicas.

	<ul style="list-style-type: none"> •Planejamento e desenvolvimento de políticas estratégicas nos campos de tecnologias, insumos e recursos humanos. 	alocação de recursos.	<p>políticas de recursos humanos em saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Coordenação dos sistemas nacionais de informações em saúde. •Avaliação dos resultados das políticas nacionais e do desempenho dos sistemas estaduais. 	
ESTADUAL	<ul style="list-style-type: none"> • identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito estadual. •Promoção da regionalização. •Estímulo à programação integrada. • Apoio e incentivo ao fortalecimento institucional das secretarias municipais de saúde 	<p>Definição de prioridades estaduais.</p> <ul style="list-style-type: none"> •garantia de alocação de recursos próprios. •Definição de critérios claros de alocação de recursos federais e estaduais entre áreas da política e entre municípios. • realização de investimentos para redução de desigualdades. • busca da equidade na alocação de recursos. 	<p>Regulação de sistemas municipais.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Coordenação de redes de referência de caráter intermunicipal. •Apoio à articulação intermunicipal. •Coordenação da PPI no estado. • implantação de mecanismos de regulação da assistência (ex.: centrais, protocolos). • regulação sanitária (nos casos pertinentes). •Avaliação dos resultados das Políticas estaduais. •Avaliação do desempenho dos sistemas municipais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Em caráter de exceção. • Em áreas estratégicas: serviços Assistenciais de referência estadual/ regional, ações de maior complexidade de vigilância Epidemiológica ou sanitária. •Em situações de carência de serviços e de omissão do gestor municipal.
MUNICIPAL	<ul style="list-style-type: none"> • identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia de aplicação de recursos próprios. •Critérios claros de aplicação de recursos 	<ul style="list-style-type: none"> • organização das portas de entrada do sistema. •Estabelecimento de 	<ul style="list-style-type: none"> • Peso importante na execução de ações/prestação direta de serviços assistenciais, de

	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento de ações e serviços necessários nos diversos campos. • organização da oferta de ações e serviços públicos e contratação de privados (caso necessário). 	federais, estaduais e municipais. •realização de investimentos no âmbito municipal.	fluxos de referência. • integração da rede de serviços. •Articulação com outros municípios para Referências. •regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados. •regulação sanitária (nos casos pertinentes). •Avaliação dos resultados das políticas municipais.	vigilância epidemiológica e sanitária. •Gerência de unidades de saúde. •Contratação, administração e capacitação de profissionais de saúde.
--	--	--	---	---

O fato é que após décadas, para não dizer que desde toda a história das Políticas Públicas de Saúde brasileira, o Sistema de Saúde sempre foi centralizado e excludente e somente na década de 1990, que centenas de gestores se tornaram atores fundamentais no campo da saúde. Além da dimensão federativa, o processo de descentralização na saúde apresentou a especificidade de necessariamente ter que estar atrelado à idéia de conformação de um sistema integrado de serviços e ações de saúde, implicando novas formas de articulação entre esferas de governo, instituições e serviços de saúde (VIANA, 1995).

De forma geral, pouco foi mudado do cenário constituído desde o ano de 1990 até os dias de hoje, em relação às atribuições e responsabilidades perante o Sistema Público de Saúde. O que mais apareceu, de forma latente foi a tendência de fortalecimento da Atenção Básica e adequação das esferas perante aos pactos, de gestão, da saúde e pelo SUS, no ano de 2006.

As formulações de políticas e planejamento sempre foi uma atribuição comum entre as três esferas de governo, cada uma em seu âmbito de atuação, sendo estratégica a ação dos governos federal e estaduais para a redução das desigualdades regionais e locais. O cenário onde ocorrem estas conversas democráticas e formulações de políticas tem sido através das estâncias gestoras como os colegiados regionais de saúde, as comissões intergestoras bipartites e tripartites além de outros atores sociais, por meio dos conselhos de saúde, embora isso não se dê de forma homogênea entre os diversos temas da política. Porém esforços das

esferas estaduais e municipais para elaboração de seus planos de saúde e as iniciativas de regulamentação desse processo, o conteúdo dos planos e a abrangência das ações planejadas variam enormemente no território nacional (ALMEIDA, 2001).

A responsabilidade pelo financiamento da saúde, segundo a legislação, deve ser também compartilhada de forma tripartite. De fato, o peso dos repasses financeiros do governo federal no financiamento da saúde ainda é importante, embora a participação relativa da esfera federal no gasto público em saúde tenha diminuído ao longo da década de 1990, ao mesmo tempo em que houve aumento relativo da participação dos municípios. Observa-se um aumento progressivo das transferências via fundo a fundo, federais diretas para os gestores estaduais e municipais, que visam o custeio das ações e serviços do SUS, o que resultam em maiores responsabilidades sobre a execução dos recursos de origem federa, sobre principalmente os municípios. (SOUZA, 2002)

Entretanto, grande parte dessas transferências é direcionada ou vinculada, pelo Ministério da Saúde, através de ações e programas específicos, limitando de forma absurda o poder de decisão dos demais gestores sobre os recursos totais. Os gestores das três esferas de governo também são responsáveis pela realização de investimentos que, em geral, não têm sido suficientes para a redução das desigualdades em saúde.

Outro ponto que evoluiu em certo ponto e por outro prisma regrediu, prisma político, foi a responsabilidade dos serviços de regulação que remetem cada vez mais a uma organização regional e com resolução pactuada entre os municípios. Enquanto o Ministério da Saúde tem exercido seu poder regulatório principalmente sobre os sistemas estaduais e municipais, por meio de normas e portarias federais, atreladas a mecanismos financeiros e organizativos. Aos estados da Federação, cabe a coordenação dos processos de regionalização, e a oferta de serviços complexos, a regulação e a articulação de sistemas municipais, o apoio à articulação intermunicipal, a coordenação da distribuição dos recursos financeiros federais nos municípios, a implantação de estratégias de regulação da atenção, a avaliação do desempenho dos sistemas municipais nos vários campos e o apoio ao fortalecimento institucional dos municípios. Aos municípios, atribuem-se as funções relativas à coordenação do sistema em seu âmbito, como a organização das portas de entrada do sistema, o estabelecimento de fluxos de referência, a integração da rede de serviços, a articulação com outros municípios para referências, a regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados situados em seu território. (MACHADO, et al , 2007)

2.5. A INSERÇÃO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS

Historicamente, o município encarregava-se de funções periféricas dentro do sistema público de assistência à saúde, gerindo uma rede de unidades de saúde de cuidados básicos que era articulada com outras unidades ambulatoriais mais complexas, unidades de apoio diagnóstico e terapêutica e a rede hospitalar. Restava sempre para as secretarias estaduais de saúde, antigo INAMPS, e para o setor privado contratado a execução da assistência no restante da rede nas cidades de maior porte. Também nas chamadas ações coletivas, o papel municipal era incipiente e historicamente limitado às ações de vacinação. (CAMPOS, 1998)

De acordo com Constituição de 1988, e sua regulamentação pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) e pelas Normas Operacionais de Assistência em Saúde (NOAS), o Secretário Municipal de saúde é o Gestor e responsável sanitário de um município, como assegura o princípio organizativo da descentralização no Sistema Único de Saúde e está diretamente relacionado à hierarquia do sistema de saúde pública, cujo modelo preconiza a existência de um gestor em cada instância do poder público, ou seja, uma figura responsável pela articulação, administração, gerenciamento, desenvolvimento e toda a gestão intersetorial, interpessoal e multiprofissional da rede de saúde. O gestor também é responsável principalmente por fazer cumprir todas as políticas e programas de Saúde pelos princípios do SUS. (BRASIL, 2001)

Segundo o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (BRASIL, 2001), o quadro abaixo mostra quais são as atribuições do gestor municipal de saúde no âmbito do SUS, porém as competências e responsabilidades do Gestor podem variar, uma vez que o mesmo possui um cargo de natureza política e segue o Plano de Governo estabelecido pela Legenda partidária durante a campanha e/ou pelo Plano de Gestão apresentado pelo prefeito, e isso varia de cada município de acordo com os compromissos assumidos.

Quadro 3. Atribuições dos Gestores municipais no SUS.

ATRIBUIÇÕES DOS GESTORES MUNICIPAIS
Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações do município, organizando o SUS no âmbito municipal;
Viabilizar o desenvolvimento de ações de Saúde através de unidades estatais ou privadas, priorizando as entidades filantrópicas;
Participar na constituição do SUS, de forma integrada e harmônica com os demais sistemas municipais;
Criar e estruturar, junto a prefeitura e ao legislativo o Fundo de Saúde por lei e depositar em suas contas todos os recursos da saúde: os próprios e os transferidos, de modo que este fundo fique sob a administração da Secretaria de Saúde, que deve ser responsável e autorizadora de despesa e só executar despesas previstas no plano de saúde.
Elaborar os relatórios de gestão periódicos.
Planejamento, planejamento orçamentário, licitações, compras, contratualizações, gestão do trabalho, prestação de contas, avaliação, monitoramento, regulação compõem, entre outras, as necessidades de domínio do gestor e de articulação junto às áreas responsáveis quando as mesmas estiverem organizadas junto a outras secretarias do município.

A criação do Fundo de Saúde e sua administração na Secretaria de Saúde, não caracteriza um ato de improbidade, pelo contrário, pois o mesmo não vai de encontro ao princípio do Caixa Único da Prefeitura, pois ele faz parte do orçamento municipal, tanto nas leis orçamentárias quanto nas prestações de contas, e isso é visto pelo Tribunal de contas do Estado como uma característica de transparência no setor. A autonomia organizativa, administrativa e financeira de uma secretaria municipal de saúde tem que ser construída ao longo do tempo, com acúmulo da experiência dos trabalhadores da saúde e da própria instituição, no ordenamento das despesas, e na gestão do fundo com responsabilidade fiscal e na atenção à saúde com responsabilidade sanitária. Neste sentido, a gestão deve gerar transparência e compromisso político com o projeto de governo. A base para isto é a confiança que o prefeito tem na instituição saúde e na representação política do secretário da Saúde. (BERGUE, 2006)

2.6. O PERFIL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE;

Não existem diferenças entre a administração pública da administração privada, o que muda é o objeto a ser administrado, tanto é que o enfoque do administrador público é o mesmo do administrador da iniciativa privada, ambos se concentram na qualidade da oferta e da prestação de serviços, de modo que o planejamento, as metas, os objetivos e os respectivos resultados deverão estar relacionados aos interesses sociais e aos da coletividade.

Na concepção de Cruz (2006) *“as pessoas que pagam impostos - contribuintes esperam, e merecem um serviço público de boa qualidade. E a equipe que presta o serviço precisa saber bem o que se espera dela e o que é necessário fazer e como buscar caminhos para melhorar”*.

Diante disso, além da postura ativa e pragmática o administrador público deve conter um campo de vista objetivo, mas também subjetivo voltado ao bem comum e coletivo, deve ser ético por obrigação e natureza, cultivar os valores cívicos, e deve obrigatoriamente conhecer o universo do direito administrativo e representação diante de contatos políticos administrativos. A natureza e a visão ampla e clara de gestão, e o comportamento político e estratégico para firmar parcerias com os demais setores, despertar a participação e estabelecer uma organismo funcional entre planos, metas padrões, orçamento anual e plano plurianual, contemplando projetos, programas e ações que gerem desenvolvimento socioeconômico e ambiental, tudo sob o manto da Lei. (LEVY, 2006).

Em uma cruzada a estes atores políticos com obrigações técnicas e administrativas chaves fundamentais da descentralização e das portas do funcionamento do Sistema Público de Saúde Brasileiro, buscou-se na literatura estudos sobre os Gestores Municipais de Saúde. Vilar (2003) realizou um estudo, sobre o perfil dos Gestores Municipais de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte, com o objetivo de conhecer quem eram os Gestores desses sistemas e os principais problemas que eram tidos como entraves o processo de gestão no âmbito do setor de saúde. Nessa obra, foram abordados os seguintes aspectos: faixa etária, sexo, grau de escolaridade, tempo de graduação, residência, formação básica, cursos de pós-graduação realizados, capacitação em gestão de serviços de saúde, tempo de exercício no cargo, experiência anterior no cargo de gestão, outra função acumulada, vínculo empregatício e os problemas que mais dificultavam a gestão.

No Estado de Rondônia MAIA JR (2013) realizou um levantamento estatístico em uma oficina do COSEMS-RO para o Acolhimento dos novos Secretários Municipais de Saúde, onde justamente levantou-se o perfil dos Secretários assim como sua experiência no cargo. Dos 52 Secretários Municipais de Saúde, presentes na oficina, todos responderam o questionário de apresentação proposto pelo Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde, do Estado de Rondônia. O perfil obtido foi o seguinte, a maioria dos gestores eram do gênero masculino, (67,3%), com idade entre 35 a 45 anos (72,8%), com nível de instrução média (57,7%). Em relação à formação acadêmica destes Secretários, dos 15 gestores que possuíam nível superior, apenas 8 eram da área da saúde e dos 8 apenas 3 tinham formação de pós graduação em Saúde Pública ou Saúde Coletiva (5,7% dos 15 de nível superior). Em relação à experiência pregressa no cargo de Secretário, 44,2% estavam em sua segunda gestão e 55,8% nunca tinham exercido a função. Dos 52 secretários 93% disseram terem sido escolhidos pelo prefeito, como cargo de confiança, e o restante como distribuição de legenda partidária. Dos 29 Secretários que exerciam pela primeira vez a sua gestão, 49,4% deles, não possuíam conhecimentos sobre o SUS, dependiam da ajuda técnica e administrativa de sua equipe, da equipe do Estado e das regionais de Saúde para iniciarem a Gestão.

No estudo de COSTA, SALAZAR E SANTOS (2004) foi levantado informações com os Secretários Municipais de Saúde do Estado da Paraíba, perfazendo um total de 223 profissionais. A amostra foi delimitada aleatoriamente, constituindo-se de 142 secretários municipais de saúde em exercício nos municípios escolhidos no período de 2001 a 2004. Através de um questionário, foram analisadas as características dos profissionais e verificou-se uma predominância de gestores do sexo feminino 59% (84) na faixa etária de 41 anos em média. Constatou-se com relação à formação acadêmica, que 84% (119) dos gestores possuem somente o curso de graduação e 10% (14) possuem curso de pós-graduação.

No mesmo estudo, com relação ao conhecimento na área de gestão, verificou-se que 62% (88) do total de participantes não realizara curso de capacitação em gestão de saúde e quanto à experiência anterior em gestão, 75% (107) dos gestores declararam que não tinham experiência administrativa para o exercício do cargo. Significa que, nos governos municipais, não existem critérios técnicos para a escolha de gestor. Trata-se de um cargo político, cujo titular é nomeado de acordo com o critério do prefeito.

FLEURY e COLS (1997), em seu estudo no Estado do Rio Grande do Sul, colocam que com relação ao perfil dos secretários, foi constatado que: a maioria expressiva tem, no

mínimo, o nível superior completo (73%), sendo que destes, 72% vêm da área biomédica; a maioria fez curso de capacitação específica para o cargo (55,9%), sendo as áreas mais frequentes a saúde pública, recursos humanos e planejamento; há uma forte presença feminina (39,7%); a expressiva maioria reside no município onde exerce o cargo (82,3%); a grande maioria jamais exerceu mandato político-eleitoral (85,8%), nem sequer se candidatou (77,8%), o que revelou fraca tradição ou engajamento político-eleitoral. Com relação às dimensões de gestão constatou-se na dimensão social que: os prefeitos foram o grupo com maior peso na definição do orçamento (93,2%), a seguir os secretários (57,2%) e outros secretários municipais (49%); os critérios ou procedimentos mais utilizados para o estabelecimento de prioridades em saúde foram à demanda espontânea (69,5%), as propostas dos conselhos (69,5%) e os pareceres do corpo técnico (49,2%).

SOBRINHO E MOURA (2006), demonstraram em seu estudo, dividido em três frentes, município de pequeno porte, município e médio porte e município de grande porte, no Rio Grande do Sul, que existe pouca diferença entre os gestores dos gêneros femininos e masculinos. Percebe-se que entre os três grupos de análise há incidência de população jovem, a maioria de 61,07% com idades iguais ou menores que 45 anos. Porém, em municípios maiores, o movimento é inverso. Apontam-se 76,19% com idade superior a 45 anos. Em relação à escolaridade dos Secretários Municipais de Saúde o estudo aponta que possui 61% de seus gestores graduados academicamente. Onde o nível técnico, ou nível médio profissionalizante, foi realizado por 19% e que 16% dos gestores não responderam a esta pergunta. Apenas 4% tem sua formação mínima menor que oito anos de ensino básico. Os níveis mais elevados de instrução ocorreram nos municípios maiores, com presença de mestres e doutores na área e os menores níveis de formação nos municípios menores.

Ainda neste estudo quando mensurado sobre a formação do Secretário de Saúde na área da Saúde, no grupo I (pequeno porte) apenas 23,53% tinham conhecimento técnico científico. No grupo II (médio porte) este valor aumentou, para 53,49% para o mesmo item e no grupo III (grande porte) para 75%. No que se refere ao tempo de experiência em suas funções profissionais, temos um perfil geral de SMS com mais de 10 anos de atuação em suas áreas específicas, ênfase aos grupos I e III, onde esses valores são mais expressivos.

Outro número interessante é que os Secretários Municipais de Saúde confessaram que 67,11% deles não possuem experiência no cargo, sendo esta sua primeira gestão. E

29,53% já foram gestores municipais de saúde em outros mandatos e destes 13,64% possuem experiência inclusive em esfera de gestão estadual.

No estudo de LUNA (2008), relatou como principais características pessoais e profissionais dos gestores de saúde que a maioria dos Secretários (75,5%) tem idade entre 30 e 49 anos; apenas 24,3% são mato-grossenses; a presença importante da força feminina (55,4%) respondendo pelo cargo; mais de um quarto (39,1%) dos gestores tiveram a sua última procedência fora do estado; a maioria dos gestores (95,7%) mora no município que exerce o cargo; grande parte possui o ensino superior completo ou não (66,2%); mais da metade (52,7%) referiram estar exercendo profissões fora da área da saúde antes de ocupar o cargo de gestor; mais de dois quartos (60,7%) apresentaram trajetória profissional com mais de uma função desempenhada; quase três quartos dos gestores (63,5%) conhecem parcialmente o SUS, 21,6% conhecem muito bem e 13,5% conhecem pouco do SUS; mais da metade (52,7%) nunca trabalhou no sistema público de saúde; os que trabalharam no SUS (64,7%) exerceram a função técnica e apenas uma pequena parcela (29,4%) desempenhou a função de gestor; grande parte (64,9%) ocupa pela primeira vez o cargo e (77,0%) tem como opinião que os recursos do SUS são insuficientes, e parte dos secretários (54,0%) tem autonomia para administrá-lo, mesmo sendo gestão plena. Frente a esses dados encontrados, pode-se constatar a existência de um déficit parcial de informação e de experiência para ocupar o cargo de Gestor do Sistema Municipal de Saúde. O gestor local enfrenta o desafio de responder aos anseios da comunidade utilizando-se dos recursos disponíveis; dessa maneira, faz-se imprescindível que ele disponha de um arcabouço de conhecimentos, habilidades e atitudes, a fim de poder otimizar e maximizar tais recursos, realizando parcerias, negociando propostas e trabalhando com a equipe.

Segundo Merhy (1997), todo gestor de saúde é um ator em situação de governo, o que significa que é um ator coletivo, portador de um projeto, mesmo que num primeiro momento seja representada por uma só pessoa. Esse projeto tem direcionalidade e vai ser disputado em um cenário em que outros atores que também governam buscam com os recursos que possuem dar a direção aos seus projetos. Os gestores municipais, comprometidos com a construção de modelos gerenciais centrados, muitas vezes enfrentam resistências políticas nos próprios governos municipais, habituados a práticas políticas clientelistas e que não se dispõem a enfrentar os interesses inerentes da Saúde, muitas vezes enraizados dentro da máquina estatal. Há ainda disputas internas aos governos municipais por recursos

financeiros para viabilizar os projetos. Saber fazer o jogo político na arena dos governos locais é essencial para que o gestor consiga viabilizar seu projeto de modelo assistencial.

Apesar de relevante para o planejamento das ações e das políticas pública de saúde do SUS, raros são os trabalhos sobre esta personagem, inclusive pelos COSEMS e pelo CONASEMS, que não possuem dados sobre os seus Secretários e isso se torna preocupante e urgente para o Sistema Público Brasileiro.

2.7 A REALIDADE VIVIDA PELOS MUNICÍPIOS “*SUSDEPENDENTES*”: O SUS COMO ÚNICA FORMA DE OFERTA DE SERVIÇOS EM SAÚDE.

Segundo o Instituto Brasileiro de Administração Municipal, demograficamente, os municípios são elencados em municípios de grande porte, com população superior a cinquenta e um mil habitantes; municípios de médio porte, com população entre dez mil e cinquenta mil habitantes e municípios de pequeno porte, com população inferior a dez mil habitantes (BREMAEKER,1992).

Esta classificação pretendia criar certo equilíbrio e um nivelamento entre todos, igualando-os dentro de seu grupo populacional, porém o que não correspondeu a fidedignidade necessária para esta planificação. Existem diversos determinantes que diferem os municípios, em diferentes extratos epidemiológicos e estatísticos, como grau de urbanização; território e as respectivas condicionalidades; fatores econômicos, fatores demográficos, fatores e localização geográfica, mobilidade urbana, dentre outros. De concreto, o que se pode aferir é que a maioria dos municípios é de pequeno porte. (PINTO, 2002)

A primeira Pesquisa de Informações Básicas Municipais realizadas no ano de 1999 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE (1999), revelou um Brasil formado em sua maioria absoluta (73%) por municípios pequenos, ou seja, de até 20 mil habitantes. Além de um contingente populacional reduzido, com poucos recursos físicos, orçamentários e humanos, a maioria deles não foi ajustada às legislações obrigatórias depois da Constituição de 1988 e com pouca oferta de serviços e programas para a população, como por exemplo, as delegacias de mulher e os programas de defesa do consumidor, existentes em apenas 0,4% e 5,0%, respectivamente. Por outro lado, a vantagem deste porte municipal promove um

fenômeno de proximidade e envolvimento da população na gestão administrativa, através dos Conselhos Municipais, e outras formas de organização social, chegando a atingir a cobertura nacional, principalmente nas áreas de saúde e educação (acima de 90% dos municípios).

Tab.3 número de municípios com seus respectivos quantitativos populacionais. IBGE (2013)

NÚMERO DE MUNICÍPIOS E POPULAÇÃO NOS CENSOS DEMOGRÁFICOS		
DOS ANOS DE 2000 E 2010		
Classes de tamanho da população Brasil.	ANO DE 2000	ANO E 2010
Até 10.000 habitantes	2.637	2.513
De 10.001 a 50.000 habitantes	2.345	2.444
De 50.001 a 100.000	301	325
De 100.001 a 500.000	193	245
De 500.001 a 1.000.000	18	23
De 1.000.001 a 2.000.000	7	9
De 2.000.001 a 5.000.000	4	4
De 5.000.001 a 10.000.000	1	1
Mais de 10.000.000	0	1

O perfil populacional destes municípios de porte populacional médio ou pequeno é um retrato social marcado por uma visão focalizada e assistencialista, apontado para a concentração de recursos públicos em segmentos mais pobres da sociedade e centrados no modelo de atenção biomédico. Destaca-se também uma lacuna na assistência básica dos municípios onde estes se apresentam incompetentes e inoperantes às Políticas Nacionais de Atenção Básica e que o PSF, principal programa da Atenção Primária, não conseguiu alcançar seus objetivos de proporcionar mudanças na práxis da saúde local. (CONASS, 2006)

Devido ao fenômeno da descentralização proposto pela Lei Orgânica da Saúde, ocorreu uma transferência de decisões e ações antes centralizadas nas esferas estaduais ou federais e neste fluxo os municípios, assumiram grande parte da responsabilidade estruturante do Sistema, e também a execução dos programas e, ao assumirem a gestão do SUS, fortaleceram-se com uma rede de serviços de saúde, mediante as suas condições estruturais e financeiras no nível da atenção básica, tornando-se os principais gestores da força de trabalho, através da adesão a muitos programas que exigiram a contratação de um grande numero de profissionais, em especial os das Equipes de Saúde da Família. (SANTINI. *et al*, 2009)

Devido a natureza processual do SUS, os novos alicerces legais, da nova Constituição e o relativo equilíbrio sócio econômico, conseguido a pouco tempo pelos Governantes Brasileiros, muitos itens referentes as programações legislativas e orçamentárias não caminharam juntas e ainda é nítida a ausência das estruturas federais e estaduais de Saúde no País, o que obriga os Municípios a assumirem responsabilidades que não lhe competem, principalmente na área da saúde, onde por exemplo o município ter que estruturar, organizar e de manter a rede ambulatorial e hospitalar de média complexidade e parte da alta complexidade. De acordo com a Lei no 8.080/1990, essa é uma competência das esferas estadual e federal do SUS. (CONASS, 2012)

PINTO (2002) em sua obra cita alguns exemplos de “obrigações” que o município mantém que deveriam ser de responsabilidade compartilhada ou própria do Estado e da União.

Quadro 4. Adaptação da obra de PINTO (2002). Exemplos de serviços prestados pelos municípios que deveriam ser obrigações ou responsabilidades da esfera Estadual e pela esfera Federal.

EXEMPLOS DE SERVIÇOS MANTIDOS PELO MUNICÍPIO QUE DEVERIAM SER DE RESPONSABILIDADE DE OUTRAS ESFERAS DE GESTÃO.
Manter a Unidade Municipal de Cadastramento, que deveria ser da competência do INCRA;
Manter a Junta de Alistamento Militar ou o Tiro de Guerra, que deveria ser da competência do Ministério do Exército;
Manter os serviços dos Correios e Telégrafos, que deveria ser da competência do Ministério das Comunicações;
Manter as APAES, que deveria ser competência entre o Estado e o Ministério da Saúde e do Ministério de Desenvolvimento Social;
Manter a cadeia pública, que deveria ser da competência das Secretarias Estaduais de Segurança Pública;
Manter o Fórum, que deveria ser da competência das Secretarias Estaduais de Justiça;
Manter a agência local do IBGE, que deveria ser da competência da Secretaria de Planejamento da Presidência da República;
Manter o serviço local de fomento agropecuário, que deveria ser da competência do Ministério da Agricultura;
Custear a manutenção de veículos, equipamentos, imóveis e até mesmo de pessoal, com vistas a garantir o funcionamento de outras repartições públicas federais e estaduais;
Doar imóveis e equipamentos para a instalação de repartições públicas federais e estaduais;

Esta sobrecarga sobre os municípios de porte pequeno acaba gerando sobregastos que poderiam ser direcionados de forma mais adequada e equânime entre as necessidades da população, uma vez que estes municípios dispõem de poucos recursos que em sua grande maioria é destinado a complementação de folha de pagamento e com serviços de saúde e de educação, com isso não consegue atender de forma adequada a sua população que, por conseguinte, busca a satisfação de suas necessidades em um município de porte maior. Este quadro gera um efeito colateral de inchaço dos municípios de porte maior, que se organizam para o seu contingente populacional, e se deparam com demandas muito maiores do que poderiam suportar. Outro ponto a ser observado é que, a frustração de não ser atendido em sua plenitude, na sua integralidade, cria um êxodo, um fenômeno de migração, que gera um “encolhimento” geral destes municípios de pequeno porte, diminuindo população e consequentemente, sua economia, seus recursos, sua mão de obra e sua perspectiva de crescimento. (BREMAEKER, 1997)

Na área da Saúde mais especificamente, este fator de encolhimento e inchaço interfere diretamente na prestação de serviços e ofertas de profissionais. O simples fato de haver uma concentração dos profissionais médicos nos grandes centros urbanos e uma dificuldade real de contratação e fixação desses profissionais em Municípios de pequeno porte populacional e com poucos atrativos locais impossibilita a implantação dos programas federais e a captação de novos investimentos no setor local. Fato que eleva os valores das contratações e tornam precários os vínculos de trabalho, resultando em incapacidade técnico-administrativa, legal e financeira para manutenção destes. De acordo com os dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), existem mais de 211,6 mil médicos que atendem ao SUS, dos quais 39% estão nas capitais, ou seja mais de 82,7 mil profissionais. As situações mais graves de concentração dos profissionais médicos em suas capitais são registradas em Roraima (90%), Amapá (84%), Amazonas (78%), Sergipe (71%) e Acre (70,5%) (CNS, 2012)

Como pode ser observada, a região Norte, devido as suas condicionalidades, é uma das regiões que mais sofrem com as questões da descentralização, uma vez que estas regiões, junto a região Nordeste, apresentam os piores indicadores demográficos, sociais e de Saúde.

Uma avaliação mais endógena dos municípios de pequeno porte nos mostra também que existem alguns fatores que pesam além das pseudo atribuições municipais, e interferem diretamente na qualidade dos serviços prestados pelos gestores municipais, e

consequentemente na oferta de serviços e benefícios para a população. São posturas intencionais e não intencionais que acabam por moldar a argila pública e é responsável pelo amálgama entre as políticas federais, estaduais e municipais e estes aspectos, por sua vez, interferem no padrão de gestão dos pequenos municípios, cujas características podem ser assim resumidas:

Quadro5. Aspectos de municípios de pequeno porte, do Estado de Minas Gerais, que retrata o quadro brasileiro, adaptado da obra de CARVALHO (2005).

EXEMPLOS DE PADRÕES SEGUIDOS PELOS MUNICIPIOS DE PEQUENO PORTE.

Gestão municipal não planejada.

Falta de racionalidade técnica.

Falta de racionalidade participativa (sistema centralizado de tomada de decisões).

Falta de políticas locais de desenvolvimento.

Carência de instrumentos institucionais, financeiros e técnico-administrativos capazes de acompanhar o seu crescimento.

Problemas financeiros relacionados à geração de rendas.

Problemas na gestão dos recursos financeiros.

Inércia dos governos municipais em buscar soluções alternativas para o desenvolvimento urbano e do município.

Dificuldade na prestação dos serviços de interesse local.

Predomínio dos interesses das lideranças políticas locais, e poder de reivindicação inexpressivo da população.

3 PROPOSIÇÃO

3 PROPOSIÇÃO

3.1 OBJETIVO ESPECÍFICO

O objetivo específico desta obra é propor, pela ótica de um Secretário Municipal de Saúde de um município de pequeno porte, do Estado de Rondônia, pontos reestruturantes e alterações das Políticas Públicas de Saúde do Sistema Único de Saúde, que são pertinentes para a municipalidade e são negligenciados pelo Ministério da Saúde.

3.2 OBJETIVOS GERAIS

- Revisar o histórico que precede o SUS;
 - Analisar o processo de desenvolvimento do SUS nos seus 23 anos;
 - Apontar a organização do Sistema Único de Saúde;
 - Delinear as competências de cada esfera de Gestão;
 - Mostrar a inserção do Secretário Municipal de Saúde no contexto do SUS;
 - Descrever o perfil dos Secretários Municipais de Saúde;
 - Relatar as atribuições legais dos Gestores Municipais de saúde;
 - Apontar a realidade vivida pelos municípios que dependem do SUS como única forma de ofertas de serviços em Saúde;
 - Sugerir um modelo mais equânime de Gestão pactuada entre as três esferas de Governo, alterando as políticas estruturantes do SUS;
-

4 METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

Esta Tese funda-se em uma revisão literária que alicerça uma nova proposta de gestão, mais municipalista sobre os eixos organizativos do SUS, onde se buscou através de acervos digitais disponíveis virtualmente na plataforma Scielo, cujos descritores utilizados foram SUS, Gestores municipais, história do SUS. Esta pesquisa foi elaborada com o intuito de construir a base bibliográfica do texto.

Durante a construção da revisão de literatura, foram centrados alguns pontos que completam o planejamento desta obra iniciando com uma revisão histórica do Sistema Único de Saúde, foi realizada uma análise do processo de desenvolvimento do SUS durante os seus 23 anos e como foi organizado este Sistema. Outro ponto abordado foi uma revisão sobre o princípio organizativo da descentralização, e foi dada ênfase a organização do Sistema Único de Saúde, assim como as competências de cada esfera de Gestão. Neste contexto aparece a figura do Secretário Municipal de Saúde onde foi apontado o seu contexto no Sistema, assim como suas atribuições e os seus perfis, uma vez que são eles que vivem e gestam os municípios que em sua grande maioria dependem do SUS como única forma de ofertas de serviços em Saúde.

Para esta coletânea de referencia se usou como palavras chaves de pesquisas; “*descentralização*”, “*Secretário Municipal de Saúde*”, “*Gestor Municipal de saúde*”, “*Municípios de Pequeno Porte*”, “*organização municipal*”, “*Gestão Municipal*”, “*Atenção Básica*”, “*Atenção Secundária*”, “*Atenção Terciária*”, “*Esferas de Governo*” e “*Princípios Organizativos do SUS*”.

A preferência pela pesquisa, via internet foi devido a falta de uma biblioteca com conteúdos referentes a saúde pública, gestão pública e saúde Coletiva, uma vez que o texto foi construído no período em que eu habitava o Estado de Rondônia, mais precisamente o município de Monte Negro, que se localiza a 260 Km de Porto Velho, capital do estado, e Ji-Paraná, 264km de distancia, sentido ao Estado de Mato Grosso , onde se encontram bibliotecas universitárias. Alguns livros foram consultados na Biblioteca “Júlio Bordignon” da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

Do resultado total, porém apenas 92 obras, entre artigos, manuais e livros foram aproveitadas devido a sua pertinência e congruência com o tema e os objetivos desta Tese. Para chegar aos números apresentados e comparar o total dos investimentos feitos em Saúde nos Municípios, nos Estados e na União, buscou dados junto ao Sistema Integrado de Administração Financeira do governo federal – Siafi , à Secretaria do Tesouro Nacional – STN, ao Orçamento-Geral da União – OGU e ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops.

Por se tratar de uma obra com caráter filosófico que tende a inferir uma alteração nas políticas Pública de Saúde e conseqüentemente nas legislações vigentes, baseadas na vivencia e na experiência do autor, a presente obra dispensa as metodologias tradicionais na construção da Metodologia.

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

5.1 O HISTÓRICO QUE DO SUS

A construção do Sistema de saúde brasileiro embasou-se em um processo de concessões e ajustes das necessidades da população que até pouco tempo, um período de duas gerações no máximo, não conheciam realmente um sistema público de saúde, com preceitos e conceitos amplos, abrangentes e, sobretudo com participação popular em sua estruturação. Independente do nível de entendimento dos usuários, que segundo a própria legislação, são os reguladores do Sistema as políticas públicas brasileiras assim como a história dos brasileiros, foi construída como uma colcha de retalhos de acertos e tropeços, costuradas com as aspirações e anseios de milhares de pessoas oprimidas e humilhadas com um sistema excludente que nutria os mandos e desmandos de setores privados, exaustivamente defendidos e fortalecidos pelos militares, principalmente na década de 70.

Muito pode ser explicado pelo fato de que os serviços médicos foram historicamente escassos, ao decorrer deste processo de criação, e o fato de comprar um serviço visto como caro e inatingível, passa uma imagem de empoderamento para a sociedade e para os governantes. Como visto os serviços médicos brasileiros sempre foram privilégios de um pequeno extrato populacional, ou grupos específicos com a possibilidade de acesso aos serviços.

Se a idéia deste modelo curativo, oneroso e desenfreado de compra de serviços e produtos terceirizados de saúde foi bem intencionado ou mal intencionado, a história vai nos embasar com conteúdos novos e mais aprofundamentos literários, porém o que foi notório neste processo era a sensação de amparo, da oferta de serviços, que criou um enraizamento cognitivo deste modelo na vida dos usuários, que perpetua até hoje e é um oportuno filão por parte dos políticos brasileiros, que prometem construções de hospitais, como se fosse a panacéia para o problema da saúde brasileira.

Estes pré-conceitos em relação à oferta e demanda de uma saúde justa e de qualidade, realmente universal, integral e equânime ainda assolam os gestores e causam desconfiança e incredibilidade na população, uma vez que se baseia na percepção de saúde e doença, o que ainda e sempre será conceito subjetivo.

Os modelos que precederam o SUS, ainda estão vivos no imaginário popular e no sonho de uma saúde integral para a família brasileira, principalmente a família de classe média, que segundo o PNAD de 2012, é a maior consumidora de serviços terceirizados em saúde, através da compra de planos de saúde e oferta de serviços médicos especializados, indo de encontro com a organização do Sistema público, idealizado pelas centrais de Regulação.

Para grande parte da população, a diferença entre acesso, serviço e ambiência na saúde ainda não está claro. Para muitos o fato de construir hospitais, é o caminho para a melhoria do sistema de saúde Brasileiro e o espaço físico é praticamente sinônimo de oferta de serviço, fato comprovado pelo IBGE, que somente agora, depois de vinte e três anos de SUS, que o brasileiro começou a procurar o atendimento básico como porta de entrada do Sistema.

5.2 O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DO SUS NOS SEUS 23 ANOS;

Mesmo que a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, conhecida como lei de criação do SUS, seja uma das mais elogiadas, estudadas e copiadas pelo mundo e tida para muitos estudiosos como “perfeita” em sua concepção filosófica e doutrinária, o Brasil ainda passa por um processo de consolidação do Sistema Público de Saúde. A audácia brasileira de garantir um Sistema “responsável” pela saúde do cidadão, além de ambiciosa exige um grande poder de organização, controle e, sobretudo maturidade política e social.

A grande temática construtora e força motriz para o desenvolvimento de um Sistema Único, abrangente e humanitário foi a aclamação de políticas menos excludentes e um questionamento mais amplo dos modelos assistenciais dos Programas Saúde vigentes na época. Tudo isso mais o momento econômico da década de oitenta foram decisivas para as mudanças sociais, econômicas e principalmente políticas, com a nova democracia e a revisão da Constituição Federal.

Com uma espinha dorsal firmada em uma constituição cidadã e em um conceito mais ampliado de saúde, o objetivo do SUS em suma era de diminuir as desigualdades, focar a atenção básica como porta de entrada e ampliar o acesso a assistência médica de forma igualitária, universalizada e integral.

A maneira pela qual o SUS foi planejado, realmente o coloca sobre o topo dos modelos de assistência em saúde, porem a grande pergunta de gestores e usuários se baseia em alguns pilares; Porque o Sistema ainda que revolucionário e com mais pontos positivos do que negativos não aparece aos olhos dos brasileiros? Porque o Sistema, uma vez que previamente definido em todas as suas esferas, ainda é tão permeável perante as externalidades? Porque existem ainda, pessoas excluídas pelo SUS? Porque o Controle social não funciona, uma vez que deveria ser o grande peso na balança da gestão em todas as esferas? Porque o fluxo dentro do Sistema ainda é tão precário?

Realmente são prerrogativas que inquietam a população e os governantes, e acabam por assim dizendo, estrangulando o Sistema mas que realmente merecem uma atenção especial, uma vez que o planejamento do Sistema é muito claro, as diretrizes são bem definidas e as ferramentas instrutivas acessíveis a todos. Onde está o problema e de quem seria a responsabilidade?

Apontar uma causa ou um componente nocivo a organização e desenvolvimento do Sistema de saúde brasileiro são tão arriscados quanto apontar uma causa específica de uma doença crônica, no mínimo seria imprudente e arriscado a sofrer um viesse. Porém um ponto aparece como agravante em quase toda literatura estudada, um principio organizativo que pode ser visto como um início destas respostas. Dentre os princípios organizativos do Sistema Único de Saúde brasileiro, o principio da descentralização do Sistema, assim como a verticalidade das responsabilidades e competências deve ser visto com olhares extremamente técnico e crítico. Principalmente para os Gestores, é visto como um calcanhar de Aquiles.

Para muitos, a descentralização do Sistema, que seria a tônica que fortaleceria a estratégia do SUS, veio como uma maldição para o Estado e os Municípios. A autonomia Estadual e principalmente a municipal, tão desejada e pleiteada por todos, gerou desconforto pelo modo que foi estabelecida pela Esfera Federal. Para o Estado não houve grandes descontentamentos, uma vez que tanto os recursos quanto as responsabilidades “desceram” de forma branda, e bem definida pela Esfera Federal, porém para os municípios chegou de uma forma amorfa para os Gestores nas Secretarias Municipais de Saúde. Foi como um grande e bonito presente, com todos os componentes, distribuídos e separados por ordem de importância, porém sem um manual de instruções e as ferramentas para montá-lo.

Um ponto que pode muito bem retratar este panorama é o financiamento da Saúde, onde foram impostos limites, no que concerne à descentralização, ainda que pareça paradoxal, pois limita a autonomia conferida aos entes na prestação da saúde, dependendo sempre de outros. Entretanto, o formato de descentralização proposto pela Constituição não oferece estímulos à integração entre os municípios e a constituição de regiões, tão necessárias à garantia de integralidade da saúde (ASSIS e Cols, 2009)

O grande ponto a ser revisado não são as responsabilidades dentro do sistema como muitos teóricos do SUS pregam, e sim um melhor remanejamento financeiro do Sistema Público de Saúde. Um grande exemplo disso é o caso do município de Monte Negro, interior de Rondônia, com população de 14.100 habitantes, segundo o Censo de 2010 do IBGE. Este Município pode retratar o perfil da maioria das cidades deste porte, independente da Unidade federativa. Se levarmos em conta que o repasse advindo do Fundo Nacional de Saúde para as atividades da Atenção Básica com o PSF, é de 8.000,00 reais mensais, com a adesão ao PMAQ, este repasse subiu um pouco mais, contudo o gasto mínimo com uma equipe básica custa ao município o total de 17.500,00 reais, ou seja, 9.500,00 reais que provavelmente virá de recursos próprios. No caso em questão, este município possui 6 equipes de Saúde e o gasto com esta estratégia é de 105.300,00 reais líquidos mensais só com a equipe, fora os gastos com combustível, alimentação, manutenção, logística entre outros. O repasse mensal total pelo ministério foi de 64.170,00 reais mensais.

A primeira vista este argumento parece ser frágil, uma vez, que pode ser questionado que existem blocos de Atenção Básica e um Piso de Atenção Básica, porém estes recursos que são divididos em blocos, o da Vigilância em Saúde, o bloco da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, o bloco da Atenção Básica e o Bloco da Assistência farmacêutica, além do Bloco dos Investimentos (melhorias, reformas, ampliações, etc.) são destinados a uso restrito com séries de imposições ministeriais e um rigoroso controle do Tribunal de Contas Estadual e Federal. Então muitas vezes falta recurso em um bloco, sobra em outro e este dinheiro não pode ser balizado, e o Gestor fica com os punhos amarrados, sob pena de responder por improbidade administrativa.

Para realizar uma Gestão mínima, os municípios brasileiros, principalmente os de pequeno porte, estão trabalhando com uma margem, um teto próximo ao permitido pela Lei de Responsabilidade Fiscal, que rege o planejamento fiscal do Município, pois vários

impostos cortados pelo Governo Federal, como o IPI, por exemplo, recaía diretamente no Fundo de Participação dos Municípios, o FPM.

5.3 A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE;

Basicamente o Sistema único de Saúde Brasileiro é organizado por três níveis de Atenções diferentes com diferentes níveis de complexidades. Respectivamente temos a Atenção Primária, cujo nível de complexidade é básico e corresponde a grande fatia de atendimentos públicos de saúde da população. O segundo Nível de atenção é a Atenção Secundária, com seus atendimentos e ofertas de serviços em uma complexidade intermediária ou alta. Finalmente o Terceiro nível de Atenção é a Atenção Terciária, que pode ser entendido por serviços de todas as naturezas de complexidade, porém realizado pela Saúde complementar.

O que foi proposto pelo Governo Federal, nestas duas décadas, foi um exaustivo trabalho de fortalecimento da Atenção Básica, através da Estratégia de Saúde da Família, criando a porta de entrada do Sistema e a partir daí criar um fluxo de referencias e contra referencias.

O Sistema, porém possui alguns pontos que devem ser discutidos; Como a disponibilidade de médicos especialistas nos municípios, uma vez que a grande maioria das cidades apenas oferece a atenção básica somente e possuem hospitais de pequeno porte, HPP ou Unidades Mistas de Saúde; A oferta de médicos reguladores, nos municípios e nas regionais; A ampliação da oferta de serviços especializados; A organização dos Serviços referenciados pelos municípios de porte maior; o tempo de espera por estes serviços especializados; uma PPI realmente discutida e compartilhada entre a União, os Estados e os Municípios; Revisão dos valores de repasses e de transferências dos tetos Financeiros e a Contra referencia dos pacientes encaminhados para Tratamento Fora do Domicílio, os TFDs.

O serviço regulado, proposto pelo SUS, em um município de pequeno porte e de médio porte funciona da seguinte maneira. O paciente procura uma Unidade Básica de saúde para fazer uma consulta com o clínico geral, onde o mesmo faz a avaliação, solicitação de exames básicos e encaminhamento para um especialista. No caso dos Municípios de Rondônia, como são escassos os profissionais médicos, tendo a região norte a menor

proporção de médicos por habitantes, estes profissionais estão localizados nos grandes centros ou na capital. Dependendo da gravidade e da complexidade da doença, a consulta com o especialista pode demorar de 45 a 60 dias em média. No caso da região de Ariquemes, IV regional de Saúde, uma consulta com ortopedista, por exemplo, demora 40 dias, com um vascular 60 dias.

Após este agendamento, o paciente comparece a consulta especializada, o médico consulta e analisa os exames básicos e solicita novos exames, agora mais específicos ou solicita uma internação ou procedimentos cirúrgicos. No primeiro caso, o paciente deve retornar com a ficha de consulta ao seu município de origem e procurar a central de regulação, agora para realizar os exames específicos que geralmente são feitos nos polos regionais ou nos Hospitais estaduais ou nos hospitais credenciados pelo Governo. Dependendo do exame solicitado, a demora em conseguir realizar o procedimento é 7 a 90 dias em média, variando pela complexidade do exame. Os exames que são urgentes obedecem a uma regra especial, são prioritários e não entram ou não deveriam entrar nesta fila. Depois de realizado o exame, o paciente retorna a central de regulação e solicita o retorno ao especialista, que por sua vez pode demorar de 7 a 60 dias, dependendo da complexidade. Geralmente esta rotina é a do ambulatório especializado.

No segundo caso, o da internação, o caso se torna um pouco mais dramático, pois na consulta médica, o profissional solicita os exames específicos, o paciente segue o trâmite da espera e do agendamento e somente no retorno é que o médico, através do estudo dos exames específicos determina a internação, salvo os casos em que o paciente tem a necessidade de internação diagnosticada clinicamente, e solicita a internação imediata do usuário. Caso contrário o paciente recebe uma guia de internação e depende da oferta de vagas nas alas específicas para o seu tratamento, não é raro pacientes internados em enfermarias, recebendo tratamento paliativo, esperando por sua vaga em sua ala.

No terceiro caso, a mesma peregrinação. O paciente passa pelo especialista que solicita o procedimento cirúrgico, o paciente retorna para seu local de origem para marcar esta cirurgia pela central de regulação, que por sua vez pesquisa os locais disponíveis para realizar o procedimento e dependendo da cirurgia também pode ser marcada entre 20 a 90 dias em média. É claro que no caso, trata-se de cirurgias eletivas, as cirurgias de emergência são realizadas pelos especialistas plantonistas e não entram na rede da regulação, apenas depois de saírem da urgência ou da emergência.

5.4 AS COMPETÊNCIAS EM CADA ESFERA DE GESTÃO;

A distribuição das responsabilidades e dos serviços do SUS foi feita, em resumo, de modo que a Esfera Federal planejasse as ações do Sistema e fomentasse as outras esferas em troca das execuções dos programas de Governo. O Estado em resumo, passou a ser um “supervisor” das ações propostas pela esfera Federal e ofertar atendimentos de Complexidade maior através dos seus Hospitais regionais. Os municípios por sua vez seria o grande executor das ações propostas pelas outras Duas esferas, principalmente em assegurar o atendimento de Atenção Básica e as ações da Vigilância Epidemiológica.

Tab.4- o montante acumulado gasto pelos municípios, muito além do seu percentual Constitucional de 15% para poder manter os serviços de saúde. (CNM, 2008)

Municípios - Montantes acumulados no período de 2000 à 2008, valores corrigidos pelo IPCA

UF	Gastou	Mínimo que deveria ter gasto	Diferença	Diferença %
AC	480.567.603	395.090.657	85.476.946	21,6%
AL	2.094.254.665	1.715.626.551	378.628.114	22,1%
AM	3.022.294.512	2.344.466.631	677.827.881	28,9%
AP	333.185.551	293.871.854	39.313.697	13,4%
BA	11.492.116.683	8.423.440.374	3.068.676.310	36,4%
CE	8.170.438.954	4.430.918.902	3.739.520.052	84,4%
ES	4.278.334.429	3.473.609.477	804.724.952	23,2%
GO	6.016.047.816	4.546.536.478	1.469.511.337	32,3%
MA	4.457.380.942	2.894.817.637	1.562.563.306	54,0%
MG	26.355.024.858	16.475.306.679	9.879.718.179	60,0%
MS	3.287.617.409	2.230.440.252	1.057.177.158	47,4%
MT	3.874.890.100	2.608.785.451	1.266.104.649	48,5%
PA	4.966.968.246	3.501.901.750	1.465.066.496	41,8%
PB	2.883.295.078	2.225.255.064	658.040.013	29,6%
PE	6.388.916.752	5.058.998.552	1.329.918.200	26,3%
PI	2.463.554.202	1.616.684.128	846.870.074	52,4%
PR	13.832.492.544	9.216.775.688	4.615.716.857	50,1%
RJ	23.882.863.416	13.900.196.096	9.982.667.321	71,8%
RN	3.357.540.716	2.169.044.886	1.188.495.830	54,8%
RO	1.442.951.923	1.004.540.073	438.411.850	43,6%
RR	409.863.021	314.565.726	95.297.295	30,3%
RS	15.235.222.144	10.423.622.117	4.811.600.027	46,2%
SC	8.150.826.300	5.615.784.895	2.535.041.405	45,1%
SE	1.759.815.204	1.256.291.280	503.523.923	40,1%
SP	78.059.886.690	51.312.341.195	26.747.545.495	52,1%
TO	1.511.468.068	1.208.915.756	302.552.312	25,0%

Porém este modelo de organização é adequado e realmente deve ser mantido, no escopo da organização das políticas públicas e das ações planejadas pelo Ministério da Saúde. O que deve ser revisto é o Planejamento sobre o Financiamento das ações integradas entre as esferas, o que deve ser reestruturado é o papel da descentralização na organização dos serviços de Saúde, uma vez que neste modelo atual, as reservas financeiras ficam alocadas em maiores quantidades na Esfera Federal, estadual e municipal respectivamente. Uma vez que o Estado e a União executam a assistência direta em casos especiais e raramente.

A proposta a ser considerada é de um custeio integral das equipes de saúde dos municípios, pelo gasto do serviço, através de um reajuste bipartido entre a União e o Estado, uma vez que as somas financeiras destinadas ao planejamento, não estão sendo utilizadas como ferramentas de planejamento e desenvolvimento de modelos e políticas que facilitem a execução do serviço na esfera municipal e sim estão sendo destinada a contratação de recursos humanos, que meramente avaliam os dados municipais e não cria uma estratégia sustentável aos municípios, o que no final gera um inchaço de folha de pagamento e pouca resolutividade.

Tab.5 – valores gastos em milhões, e seus respectivos valores que deveriam ser gasto de acordo com a EC29 pelos Estados brasileiros e a diferença que acaba recaindo sobre os municípios. (CNM, 2008)

Governo do Estado - Montantes acumulados no período de 2000 à 2008, valores corrigidos pelo IPCA

UF	Gastou	Mínimo que deveria ter gasto	Diferença	Diferença %
AC	2.103.732.935	1.728.770.463	374.962.472	21,7%
AL	2.889.184.464	2.982.196.988	(93.012.524)	-3,1%
AM	8.428.397.338	5.154.666.219	3.273.731.120	63,5%
AP	1.891.755.246	1.579.526.433	312.228.813	19,8%
BA	16.883.589.628	12.641.518.993	4.242.070.635	33,6%
CE	5.713.618.409	6.856.667.489	(1.143.049.080)	-16,7%
DF	-	-	-	-
ES	6.051.743.011	6.562.579.664	(510.836.653)	-7,8%
GO	8.121.807.053	6.727.734.585	1.394.072.468	20,7%
MA	3.146.186.698	4.504.644.063	(1.358.457.365)	-30,2%
MG	18.293.675.447	21.875.535.100	(3.581.859.652)	-16,4%
MS	2.710.956.360	3.775.552.296	(1.064.595.936)	-28,2%
MT	3.495.774.238	4.559.337.721	(1.063.563.483)	-23,3%
PA	6.888.206.590	5.817.961.766	1.070.244.824	18,4%
PB	4.217.717.785	3.492.417.800	725.299.985	20,8%
PE	7.956.286.899	8.335.083.683	(378.796.784)	-4,5%
PI	2.552.940.302	2.550.953.861	1.986.441	0,1%
PR	8.674.233.782	12.374.223.871	(3.699.990.089)	-29,9%
RJ	18.312.145.319	20.894.303.790	(2.582.158.471)	-12,4%
RN	4.434.954.881	3.908.408.056	526.546.825	13,5%
RO	2.102.160.818	2.479.874.437	(377.713.619)	-15,2%
RR	1.004.750.275	1.204.960.297	(200.210.023)	-16,6%
RS	10.794.524.458	15.087.326.100	(4.292.801.642)	-28,5%
SC	7.728.340.925	7.310.853.960	417.486.965	5,7%
SE	3.490.146.517	2.756.529.579	733.616.938	26,6%
SP	68.004.429.988	71.188.942.797	(3.184.512.809)	-4,5%
TO	2.269.752.933	2.437.418.842	(167.665.909)	-6,9%

Este fato pode ser comprovado pelo próprio ministério da Saúde, onde dados referentes ao ano de 2012, apontou uma participação da Esfera federal na aplicação de recursos na saúde ínfima, de um pouco menos de 2 dólares por habitante. Enquanto os municípios gastaram em média entre 15 e 25% de seu orçamento bruto na Saúde.

Fica claro em nossas vistas que o Estado exerce um papel fundamental na execução dos serviços de alta complexidade, e sua assistência é em geral hospitalar, que sabemos que não é barata, mas o desafio dos Estados no contexto geral é menor do que a dos municípios,

uma vez que, excetuando as urgências e emergências, o encaminhamento de pacientes para os hospitais de referência pode ser reduzido, e isto é definido e defendido pelo Ministério da Saúde, com o fortalecimento da Atenção Básica nos municípios. O raciocínio é minimalista, porém verdadeiro, se o município não consegue financiar a Atenção Básica, aumenta a procura pelos serviços hospitalares na rede municipal, conseqüentemente os casos se agravam, uma vez que a função do hospital é de simplesmente tirar o paciente do quadro de gravidade e do risco de morte. Como já visto que mais de 70% dos municípios brasileiros são de pequeno porte, as estruturas hospitalares são paliativas e estes pacientes acabam encaminhados para as referências regionais e as Estaduais. Isto se torna um círculo vicioso, se considerarmos que segundo o PNAD de 2012, a maioria das doenças que acometem os brasileiros são crônicas degenerativas. Este círculo vicioso se fecha, pois nas referências hospitalares estas doenças não serão tratadas e depois de controlados e estabilizados estes pacientes voltam para os seus municípios de origem e sem acuracia ou estrutura de controle e monitoramento sobrevivem na gravidade do processo mórbido, pequena porcentagem consegue um controle efetivo de sua doença e a maioria volta a ser internada novamente.

O que não pode ser confundido neste momento é a transferência de responsabilidade entre as esferas de governo, com a reavaliação do financiamento para melhorar a assistência e as referências de pacientes entre as esferas, até porque a execução da Atenção Básica é de responsabilidade dos municípios e não do Estado.

5.5 A INSERÇÃO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS, SEU PERFIL E SUAS ATRIBUIÇÕES;

O quantitativo de artigos científicos que abordam a figura do secretário Municipal de Saúde ou Gestor municipal de Saúde é escasso e necessita de mais fontes para se criar um perfil nacional deste ator que é fundamental para o funcionamento do Sistema Público de Saúde.

O que pudemos observar é que estes servidores exercem um cargo político, e devido a isso, galga entre as brechas legislativas, como Lei do Nepotismo e sobre sua qualificação a frente da pasta da Saúde. Os critérios para assumir uma secretaria Municipal de Saúde, não existem, ouvem-se os discursos da competência, porém o que acontece é o inverso, é uma

escolha partidária, de cumprimento de acordo político entre o prefeito eleito e a legenda que trabalhou em sua eleição e os nomes são escolhidos pelo consenso entre estes parceiros.

Como perfil ideal, de um Gestor de Saúde, sugerem-se conhecimentos administrativos, de direito tributário, direito administrativo, das políticas Públicas de Saúde e principalmente do SUS.

O que foi mostrado em relação ao gênero, não há importante diferença entre a população masculina e feminina, porém existe a predominância do gênero feminino. A idade média dos gestores analisados é em média entre 40 e 45 anos, com nível superior completo, oriundos e residentes do próprio local de nascimento, exercendo o primeiro mandato, com pouca experiência na Gestão Pública e em sua maioria escolhidos pelos próprios critérios dos prefeitos.

Levando em consideração a complexidade da Gestão Pública, a rotatividade deste cargo, e a experiência dos Gestores podemos construir um cenário de preocupação e de zelo perante o poder público.

Esta situação não pode ser ignorada pelo Ministério da Saúde e pelo poder Judiciário, enquadrando o Gestor Público como um profissional, que deve possuir uma graduação superior e no mínimo especialização nas áreas comuns da saúde Coletiva, da Saúde Pública e da administração Pública, através das Faculdades Públicas e Privadas ou pelo próprio Ministério da Saúde, como pré-requisitos ao preenchimento do cargo, assim como o da sua equipe técnica, porém esta mediante a um concurso público. Desse modo cria-se na Gestão Municipal um grupo permanente que indiferente da Gestão que assumir permanece, sob o compromisso de manter o Sistema funcionando na Esfera Federal e evitando desvios de funções e contratações de servidores mediante portarias ou servidores comissionados.

Esta sugestão firma-se no propósito estabelecido pelo Ministério da Saúde sobre as competências dos Gestores, uma vez que o estado e o Governo Federal gastam milhões de reais em treinamentos de curta duração, de forma periódica, e muitas vezes por se tratar de um cargo político, com pouca estabilidade, este servidor não consegue realizar um bom trabalho e muito menos manter um planejamento sólido, de horizonte temporal mais amplo, e menos permeável às mazelas políticas, judiciais ou e outras naturezas que por fim acabam norteando e assumindo o volante da Gestão Municipal de Saúde.

O Ministério da Saúde estabelece as atribuições gerais de um Gestor Municipal, porém apenas perante o Sistema Único de Saúde, mas as atribuições técnicas e políticas não são estabelecidas e variam de acordo com a localidade.

Um exemplo disso é que claramente os municípios criam e estruturam o Fundo de Saúde, assim como suas contas que receberão os fomentos Federais. Os recursos próprios e os transferidos deveriam ser geridos pela Secretaria Municipal de Saúde, sob a administração do Secretário, porém a realidade é que as Secretarias são desprovidas de profissionais da área contábil e jurídica, como contador, e um procurador, pregoeiro, entre outros, específico para a Saúde e ao mesmo tempo em que o Secretário é o ordenador de despesas, ele não tem autonomia para usar o recurso que fica sob a responsabilidade de outras equipes do gabinete. Essa é a realidade da maioria dos municípios de pequeno porte. O Secretário a secretaria de Saúde é Gestão Plena somente no papel, porém no cotidiano ocorre o contrário. O quadro abaixo mostra as atribuições dos Gestores municipais, segundo a Lei orgânica da Saúde.

Outras atribuições são as de planejar, organizar, controlar e avaliar as ações do município, organizando o SUS no âmbito municipal; Viabilizar o desenvolvimento de ações de Saúde através de unidades estatais ou privadas, priorizando as entidades filantrópicas; Participar na constituição do SUS, de forma integrada e harmônica com os demais sistemas municipais; Criar e estruturar, junto a prefeitura e ao legislativo o Fundo de Saúde por lei e depositar em suas contas todos os recursos da saúde: os próprios e os transferidos, de modo que este fundo fique sob a administração da Secretaria de Saúde, que deve ser responsável e autorizadora de despesa e só executar despesas previstas no plano de saúde; Elaborar os relatórios de gestão periódicos; Planejamento, orçamentação, licitações, compras, contratualizações, gestão do trabalho, prestação de contas, avaliação, monitoramento, regulação compõem, entre outras, as necessidades de domínio do gestor e de articulação junto às áreas responsáveis quando as mesmas estiverem organizadas junto a outras secretarias do município.

5.6 UMA PROPOSTA DE REESTRUTURAÇÃO DO SUS;

Com a descentralização, coube ao município a árdua parte de cumprir com a assistência dos usuários. Nada mais justo e racional uma vez que a população vive no Município e lá estabelece toda a sua rotina de vida. É indiscutível que o SUS necessite de ajustes, ainda mais que o perfil demográfico brasileiro mudou muito nestas últimas três décadas, como também é notória que a ponta da assistência necessita ser reinventada e fortalecida.

Neste contexto não pode haver dúvida de que as ações realizadas no âmbito das esferas Federais e Estaduais são importantes e em diferentes graus surtem impacto nos municípios, e que uma reestruturação municipal iria desonerar e desafogar a assistência em saúde nessas esferas e tornariam mais visíveis os resultados do planejamento verticalizado, proposto pelo Governo federal.

A proposta de um modelo Gerencial ou reestruturante não é algo novo, porém deve ser levado em conta, uma vez que o SUS é regulado por diferentes atores, como a sociedade civil organizada ou não organizada e os Conselhos, por exemplo. E estes atores vêm evoluindo no Sistema há algum tempo e o Ministério deve acompanhar estas mudanças. O SUS pode ser regulado a qualquer momento, de acordo com a necessidade local, como reza os Pactos de 2006, por exemplo, e isso não ocorre, as janelas anuais são muito espaçosas para uma gestão municipal.

A proposta para um novo modelo de gestão municipal concentra-se em dois pontos distintos; De uma reorientação da distribuição dos recursos financeiros provenientes do SUS e na transformação do cargo de Secretário Municipal de Saúde de cargo político para um cargo de Técnico Administrativo com nível superior.

A primeira proposta baseia-se na transferência de repasses Fundo a Fundo para os blocos de Atenção Básica, Vigilância Epidemiológica, Média e alta Complexidade, Piso da atenção Básica e Atenção Farmacêutica. Há anos a participação da esfera Federal não atinge o percentual minimamente aceitável de aplicação de recursos na área da Saúde, algo que os municípios, por sua vez, cumprem esta responsabilidade e investem cerca de 20% do total da receita arrecada. Este valor corresponde em média 7% a mais do determinado pela Constituição brasileira. Segundo a Organização Mundial da Saúde, citada em um informativo

da Confederação Nacional dos Municípios, o Brasil gasta um percentual abaixo da média mundial, sendo esta de 9,2%, enquanto o governo brasileiro aplica 9% do seu PIB, este valor em reais equivale a US\$ 466,00 por ano por pessoa. Aparentemente esta diferença parece irrisória, mas isso representa que a União Gasta menos que 2 dólares por dia em Saúde, por habitante, o que acarreta uma complementação, que a população brasileira gasta, de aproximadamente 990 dólares por ano do seu próprio bolso. Isso significa que os preceitos Constitucionais assegurados pela Constituição de 1988 não estão sendo respeitados. (CNM, 2013)

Os Municípios brasileiros investiram R\$ 89 bilhões a mais que o previsto pela Emenda Constitucional 29 durante o período de 2000 a 2008. No mesmo período, os Estados deixaram de aplicar R\$ 33,4 bilhões no setor, e a União, outros R\$ 15,6 bilhões. Os números foram corrigidos pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA. Sobre os gastos próprios dos Estados brasileiros com Saúde no ano passado, apurou-se um total R\$ 1,3 bilhão a menos que o mínimo constitucional investido. Na União, a obrigação de fazer investimentos proporcionais ao crescimento nominal do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro também não foi respeitada. Em 2008, dos R\$ 48,5 bilhões que deveriam ser investidos, apenas R\$ 47,8 bilhões foram aplicados. Além disso, o governo inclui em seus demonstrativos gastos que não se enquadram nos valores de aplicação em ações e serviços de Saúde, como é o caso dos gastos com o Programa Bolsa Família e com os gastos Patronais com os Servidores Públicos Federais. (CNM, 2008)

Apesar de esforços para melhorar a lógica dos repasses financeiros entre os entes participativos, uma revisão do Pacto Federativo é necessária, mais especificamente no que se baseia o art. 23, da Constituição Federal de 1988, a Emenda Constitucional nº 29 conhecida popularmente como EC 29, principalmente no que se refere à coparticipação financeira. A EC 29, foi aprovada em 13 de setembro de 2000, foi sem dúvida nenhuma um grande avanço social e da Saúde pública, pois ela definiu, finalmente, os percentuais de aplicação de recursos financeiros na área da Saúde para os Estados e para os Municípios em 12% e 15%, respectivamente, dos recursos, porém esta Emenda Constitucional não define quanto a União deve gastar o que é deveras oportuno.

Quadro6- Mostra os gastos ideais com saúde e o que foi disponibilizado durante o período de 2000 a 2008. (CNM, 2008)

		(R\$ milhões)			
		(2000 - 2002)	(2003-2005)	(2006-2008)	Total
União	Gastou	118.098	123.637	150.133	391.868
	Deveria ter gasto	116.415	129.586	157.560	403.561
	diferença (-)	1.683	-5.948	-7.426	-11.692
Governo do Estado	Gastou	60.915	77.160	100.959	239.034
	Deveria ter gasto	57.320	81.673	104.915	243.907
	diferença (-)	3.595	-4.513	-3.955	-4.873
Municípios	Gastou	63.959	75.958	99.210	239.127
	Deveria ter gasto	35.377	52.635	70.012	158.025
	diferença (-)	28.582	23.323	29.197	81.102

O prazo de reajuste da aplicação dos percentuais dos recursos financeiros é quinquenal, porém desde o ano 2000, nenhuma das esferas de Governo Estadual e Federal se propôs a realizar o reajuste ou determinou a criação de um piso de aplicação da Esfera Federal. O deliberado não cumprimento desta Constituição por essas duas esferas tem resultado em um déficit no atendimento de saúde, prejudicando a população brasileira. Como as demandas da sociedade são direcionadas principalmente aos Municípios, as prefeituras se veem obrigadas a gastar no setor um montante muito acima da sua determinação constitucional. Somados, os valores descritos na figura acima, entre 2000 e 2008, os Municípios do Brasil gastaram acima de suas obrigações a incrível cifra de R\$ 81 bilhões. (CNM, 2008)

A princípio, seria a reestruturação organizativa do Sistema, em estabelecer os valores mínimos que o Governo Federal deverá aplicar na Saúde, de preferência acima da média mínima mundial, como divulgada pela OMS. O segundo ponto a ser seguido é fazer valer a verticalização do Sistema hierarquizado, como sugere a Lei 8080/90, porém com a alteração de que a demanda total do município é que deverá ser o eixo norteador dos repasses financeiros do Fundo Nacional de Saúde. Já que a Atenção Básica é responsabilidade notória da esfera municipal, os recursos provenientes deveriam cobrir o custeio total de uma Equipe de Saúde da família, incluindo os gastos com manutenção e logística das equipes, uma vez que não pode haver uma visão de custeio, somente dos recursos humanos.

O terceiro seria equilibrar os gastos mínimos, ou pisos com a saúde, para cada ente participativo, de modo que o município permaneça com o mínimo de 15%, já estabelecido por Lei, o estado passaria a disponibilizar 20%, de seu orçamento para a Saúde e o Governo

Federal 20%, realocando os Gastos com Programa Bolsa família e compromissos Patronais em suas respectivas pastas e removendo-as da Pasta da Saúde.

A lógica seria a seguinte:

TAB.6 – SÍNTESE DAS READEQUAÇÕES DE RESPONSABILIDADE E CÁLCULO EM REAIS DO IMPACTO COM ESTE CUSTEIO SAÚDE.

	REPASSE COM A SAÚDE	FINANCIAMENTO	IMPACTO EM REAIS POR ANO
MUNICÍPIOS	15%	Atenção Básica e média complexidade hospitalar, Vigilâncias em saúde e Farmácia Básica.	MÉDIA DE 79.012.000,00 ANUAIS
ESTADOS	20%	<p>Definir as prioridades estaduais, baseados nos diagnósticos municipais.</p> <ul style="list-style-type: none"> •garantir a alocação de recursos próprios. •Definir os critérios claros de alocação de recursos federais e estaduais entre áreas da política e entre municípios. • realizar investimentos para redução de desigualdades. • buscar a equidade na alocação de recursos. <p>Assumir a Alta complexidade, o TFD, e os programas de urgência e emergência (coparticipação com a esfera federal),</p> <p>Financiar os ambulatórios especializados.</p> <p>Financiar Farmácias especializadas e medicamentos de alto custo (coparticipação federal)</p>	MÉDIA DE 203.255.833,33 ANUAIS
UNIÃO	20%	<p>Garantia de recursos mínimos a área da Saúde.</p> <p>democratizar o papel redistributivo.</p>	MÉDIA DE 8.968.000,00 ANUAIS

		<p>Definir as prioridades nacionais e critérios de investimentos e alocação entre áreas da política e entre regiões/estado e municípios.</p> <p>Realizar investimentos para redução de desigualdades.</p> <p>manter a equidade na alocação de recursos.</p> <p>Financiar o TFD, a farmácia especializada e medicamentos de alto custo a</p>	
--	--	---	--

Levando em consideração a arrecadação total referente ao ano de 2012 foi de 1,02 trilhões de reais, (MARTELLO, 2013) com um orçamento reajustado em 8,1% os recursos passaram de R\$ 91,7 bilhões para R\$ 99,2 bilhões (DOU, 2013) e desse montante somente 50% foi utilizado até Novembro de 2013. Estes dados, portanto, mostram que além do Governo Federal não cumprir com seu planejamento, fica aquém de suas atribuições e o uso de 20% destinados a saúde não seria um desperdício ou causaria um dano na economia brasileira, uma vez que esta organização focada em uma Atenção Básica realmente efetiva, acarretaria uma redução da procura por serviços de média e alta complexidade e com resultados projetados para menos de quatro anos.

O gasto inicial para orientar esta proposta não será grande pois as próprias ferramentas que os municípios e o Governo federal possuem no Controle e no Monitoramento do Sistema de Saúde brasileiro como o SIOPS e o DATASUS, por exemplo, seriam suficientes para avaliar o quanto cada município gasta realmente com a saúde o que daria segurança a população e aos cofres públicos em implementar este modelo.

A presença do Estado como um co-gestor municipal, principalmente na Atenção Secundária, daria uma lisura nesta simbiose se fortaleceria diretamente e indiretamente, pois sofreria menos com o inchaço e a prática da “ambulâncioterapia” por partes dos municípios menores. O Sistema de regulação neste contexto se tornaria mais eficiente uma vez que passaria a suprir as necessidades referenciadas no próprio município ou no pólo regional de Saúde. A postura atual do Estado é de inércia, uma vez que se esguia perante aos Municípios

e a União, de modo que quando cobrados pela direção nacional do SUS, sempre se manifestam com os dados dos Municípios e relatam que estão fazendo o melhor possível para coordenar e organizar o Sistema; porém, precisam de mais recursos federais e dependem dos Municípios para executarem as ações e os serviços de Saúde. Já quando são cobrados pelos Municípios, sempre se posicionam como os tais coordenadores, não sendo mais responsáveis pela execução de serviços e, na maioria destes, esquecendo-se que algumas de suas competências constitucionais são as colaborações técnicas e financeiras.

Gráfico3. Mostra a distribuição de atendimentos ambulatoriais e hospitalares públicos em 2012. (DATASUS, 2012)

O que deve ser analisado pelos entes participativos é que estes “gastos extras” nada mais são que investimentos a médios prazos, uma vez que o escoamento de recursos para a esfera municipal desoneraria o Estado e a União, dos gastos básicos e com os atropelamentos regulatórios, o que no cenário popular acabaria com filas, falta de medicamentos, demora no agendamento de especialidades, entre outros. O estado por sua vez, com um repasse maior da União se qualificaria realmente nas questões administrativas e através de parcerias com as Faculdades federais e Estaduais, a priori, e municipais em segundo plano, investiria em serviços, tecnologia, inovação, entre outros, de modo que se criem vias de mão dupla, pulverizando a demanda de assistência e criando uma cadeia produtiva da Saúde.

Com municípios fortalecidos e fomentados na assistência, com o Estado respaldado tecnicamente e organizacionalmente, com um monitoramento, diagnóstico e gestão mais racionais na sua essência de coordenação, com sua participação focada na assistência farmacêutica e hospitalar de alta complexidade, a União se ergue em uma base larga e maciça, apenas ajustando tecnicamente e fomentando o Sistema, em suas outras esferas.

FIG2. Mostra a nova lógica de descentralização do Sistema Único de Saúde.

A segunda proposta para a reorientação do Sistema, não é de ordem financeira, mas sim de ordem humana. Como pudemos observar o perfil do Gestor municipal deve ser repaginada, até mesmo para poder trabalhar em perfeita sintonia com os outros gestores nas esferas Estaduais e Federais. Além da rotatividade do cargo, o perfil dos Gestores Municipais ainda deixa a desejar pela importância do cargo e responsabilidade da função. O que foi mostrado em relação ao gênero, não há importante diferença entre a população masculina e feminina, porém existe a predominância do gênero feminino. É óbvio que isto é irrelevante perante uma vez que competência não é proporcional ao gênero da pessoa e sim de sua natureza e preparação, do mesmo modo ocorre com a idade média dos gestores analisados, em média entre 40 e 45 anos, que também é irrelevante. Contudo, em relação a formação do Gestor, apesar da análise afirmar a predominância de secretários com nível superior completo, este panorama varia de Estado e Região, onde foi constatado uma prevalência elevada formados em nível superior na região Sul, e o inverso apontado da região Norte, com a prevalência de formados apenas no nível médio. Ou seja, nos locais mais vulneráveis, onde mais se necessita conhecimento de Gestão, sofremos uma polarização da formação do Gestor.

Outro ponto a ser divulgado é a inexperiência para exercer o cargo, onde em todas as regiões analisadas aponta o Secretário exercendo o primeiro mandato, com pouca experiência na Gestão Pública e em sua maioria escolhidos pelos próprios critérios dos prefeitos, ou seja,

os cargos do Secretariado são designações políticas, cargos de confiança, e não cargos técnicos.

Esta situação não pode ser ignorada pelo Ministério da Saúde e pelo poder Judiciário, que devem exigir para o cargo de Gestor Público, um profissional possuidor de graduação em Nível Superior e no mínimo especialização nas áreas comuns da saúde Coletiva, da Saúde Pública e da administração Pública, através das Faculdades Públicas e Privadas ou pelo próprio Ministério da Saúde, como pré-requisitos ao preenchimento do cargo, assim como o da sua equipe técnica, porém esta última mediante a um concurso público. Desse modo cria-se na Gestão Municipal um grupo permanente que indiferente da Gestão que assumir permanecerá, sob o compromisso de manter o Sistema funcionando na Esfera Federal e evitará desvios de funções e contratações de servidores mediante portarias ou por ajustes de campanha.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS;

Este trabalho mostrou uma realidade da maioria dos Gestores de saúde, que gerem com recursos do SUS e muito jogo de cintura a saúde dos municípios brasileiros. Diferente do que se pensa, o SUS evoluiu muito nos últimos vinte e três anos, porém ele chegou a um momento de reajustes, e de muitas reflexões uma vez que estes avanços não estão mais aparecendo aos olhos da população. O reflexo disso é uma sensação de desamparo e desorganização, principalmente na ponta de atendimento, representada pela Atenção Básica e nos Hospitais Municipais.

Apesar do perfil dos Gestores Municipais não condizer com as atribuições ideais para assumir um cargo de tanta importância, e que muitas vezes passa em anonimato pela população, o modelo distributivo de repasses e de atribuições propostas pelo Ministério da Saúde deve ser repensado pois atualmente mesmo com grandes atribuições e conhecimentos técnicos pouco pode se fazer nos municípios.

O repensar deste modelo vertical, norteador do SUS não prejudicaria o onerário público, uma vêz que o fortalecimento dos municípios desencadearia uma reação de desafogamento da assistência, e conseqüentemente “livraria” principalmente o Estado das internações especializadas e das medicações de alto custo.. Este modelo também repensaria a co-gestão entre os entes federativos uma vez que pouco mexeria na Constituição e nas Leis já existentes.

As mudanças legislativas repensariam apenas na participação obrigatória mínima pelo governo Federal, de 20% e pelo Estado também de 20%, redistribuições na participação co-gestora entre Município, Estado e Governo federal, estreitamento das Leis de responsabilidade fiscal e administrativa nos municípios e do ajuste nas especificações, redesenho da assistência e das responsabilidades nos âmbitos municipais, federais e estaduais, participação co-gestoras das Universidades brasileiras como fomentadoras intelectuais, técnicas, administrativas e de serviços para o SUS, junto as Secretarias Estaduais e Municipais e reorientação do Sistema regulado, incluindo o TFD entre as esferas.

É notório que mesmo com este remanejamento e estas mudanças, outros ajustes aparecerão, pois o SUS, apesar de ser um Sistema, funciona como um organismo vivo, com

sinapses nervosas entre milhares de setores organizados nos municípios, nos Estado e na Esfera federal e isso exige permanentes reajustes e supervisões. Para isso ocorrer de forma dinâmica esforços judiciais e legislativos deverão ser adotados para que haja uma desburocratização do Sistema, o que permitiria alterações mais ágeis e evitariam novas demandas dessas ordens.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. _____. *Lei Complementar no 141, de 13 de janeiro de 2012*. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 de dez. 1990.
 2. AFONSO JR. Fisco e equidade no Brasil. Campinas: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas-NEPP/Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP; 2010. (Caderno de Pesquisa, 83).
 3. ALBUQUERQUE, Manoel Maurício. *Pequena história da formação social brasileira*. Rio de Janeiro: Graal, 1981, 728 p. ed.
 4. ALMEIDA C, MACINKO J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília-DF: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 2006. 215. (Série Técnica - Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).
 5. ALMEIDA, M. H. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*: BIB, n. 51, p. 13-34, 2001.
 6. AQUINO R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health* 2009; 1: 87–93.
 7. ASSIS. A. *Aspectos polêmicos e atuais dos limites da jurisdição e do direito à saúde*. coordenação Araken de Assis. 1a ed. Porto Alegre: Notadez, 2007, 229 p.
 8. BAZZANI, Roberto. et al. Construyendo puentes entre investigación y políticas para la extensión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe: una estrategia de cooperación conjunta. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, 2006.
 9. BERGUE, ST. Gestão de pessoas em organizações públicas: uma abordagem orientada para a administração pública municipal. Caxias do Sul: Educs; 2006.
-

10. BERTOLLI FILHO, C. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática, 1996. 71p.
 11. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003. 248 p.
 12. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. 282 p
 13. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292
 14. BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [Lei Orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>.
 15. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico / Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. – 3ª ed. rev. e ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
 16. BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001. 344 p.
 17. 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. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde).
 18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil)
 19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Princípios e Conquistas - Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44 p.
 20. BREMAEKER, François E. J. de. As Dificuldades Enfrentadas pelos Prefeitos de Pequenos Municípios. *Revista de Administração Municipal*, Rio de Janeiro, v.44, n.554, p.98- 108, abr./dez. 1997.
-

21. CAMPOS, F.E de, TONON, L.M, OLIVEIRA JUNIOR, M de. CADERNOS DE SAÚDE. PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE. Belo Horizonte: COOPMED, p.11-26, 1998.
 22. CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M. Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horiozonte: COOPMED, 1998. Cap.2, p. 11-26.
 23. CARVALHO, A. W. B. A descentralização formal: o processo de descentralização pós Constituição Federal de 1988 nos municípios de pequeno porte demográfico da Zona da Mata de Minas Gerais. São Paulo, 2000, 501 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo.
 24. CONASS. Coleção Progestores – Legislação do SUS/Brasil. 2006.
 25. CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS - CNM. A CNM alertou e a OMS confirma: Brasil gasta menos que a média mundial em saúde; Boletim informativo; 16 de maio de 2013.
 26. CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS – investimento dos municípios e financiamento da saúde. Estudos Técnicos CNM Vol 2; 2008.
 27. CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, CNM. O Sistema Único de Saúde (SUS) Realidade atual; Boletim informativo; maio de 2012.
 28. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Desenvolvimento do SUS no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes. Brasília, 2002.
 29. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução n 322/2003.
 30. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Nota Técnica n. 13/06. Para entender o Pacto pela Saúde 2006 – Financiamento. Portaria 698/GM de 30/03/2006. Volume IV [Internet]. Brasília (Brasil): CONASS; 2006. Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2013-06.pdf>.
 31. CÔRTEZ SV. Fórum. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. *Cad Saúde Coletiva* 2009; 7: 1626–33.
 32. COSTA, M.B. SALAZAR, P E L. SANTOS, J P dos. Percepção de gestores de saúde sobre as mudanças no sistema único de saúde. UFP. 2004; disponível em: www.ccs.ufpb.br.
-

33. COSTA, Nilson Rosário. Políticas públicas: justiça distributiva e inovação. São Paulo: Hucitec, 1998. 178 p.
 34. CRUZ, C.H.B. Medir, Mostrar, Debater. SP GOV 03: versão eletrônica. Disponível em: www.revista.fundap.sp.gov.br.
 35. ERDMANN AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jan.-fev. 2013.
 36. FALEIROS, Vicente de Paula. Estado e massas na atual conjuntura. Sociedade e Estado: revista do Depto de Sociologia da UnB, Brasília, v. 1, n.1, p. 25-37, 1986.
 37. FARIAS SF. Interesses estruturais na regulação da assistência médico-hospitalar do SUS [tese]. Recife: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fiocruz; 2009.
 38. FLEURY, S. CARVALHO, A.I de. MANOTAS, N. BLOCH, R. NEVARES, S. Municipalização da saúde e poder local no Brasil: relatório de pesquisa; RAP.Vol. 31, No 3 (1997).
 39. FRANÇA, S.B. A presença do Estado no setor saúde no Brasil. Revista do Serviço Público, v.49, n.3, p.85-100, 1998.
 40. GERSCHMAN, Silvia. Municipalização e inovação gerencial: um balanço da década de 1990. Ciênc. saúde coletiva, São Paulo, v.6, n.2, 2001 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 nov. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200011>.
 41. HARTZ ZMA, CONTANDRIOPOULOS AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública* 2004; 20: S331–S336.
 42. HICKMANN C, Salvador E. A arrecadação e o destino dos recursos da CPMF. Nota Técnica 6/2007. Brasília-DF: Departamento de Estudos Técnicos do Unafisco Sindical; 2007. http://www.sindifisconacional.org.br/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=76&Itemid=172&lang=pt. (acesso em 21/08/2013).
 43. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Contas Nacionais. Contas Nacionais, número 29. Conta Satélite de Saúde. Brasil 2005-2007. Rio de Janeiro: O Instituto; 2007.
-

-
44. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008/2009. Rio de Janeiro: O Instituto; 2010.
<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/pesquisas/pof/default.asp> (acesso em 20/08/2013).
 45. LA FORGIA B, COUTTOLENC B. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. The World Bank. São Paulo: Singular; 2009.
 46. LABRA, Maria Eliana. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios In: LIMA, Nísia et al (Orgs.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
 47. LAMOUNIER B, Figueiredo R (orgs.). A era FHC, um balanço. São Paulo: Cultura Editores Associados; 2002.
 48. LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.
 49. LEVY, E. Fórum Internacional Sobre Responsabilização e Transparência no Setor Público: apresentação dos resultados. Brasília, dez/2001. Disponível em:
www.presidencia.gov.br/estruturaPresidencia/OCDE/2001/ForumInternOCDE2001/PDF.
 50. LOPES CMN. Regionalização em saúde: o caso de uma microrregião no Ceará (1998–2002 e 2007–2009) [tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2010.
 51. Luna, S. M. M.. Perfil dos Gestores Municipais de Saúde do Estado de Mato Grosso / Stella Maris Malpici Luna. - Cáceres [MT]: Editora Unemat, 2008.
 52. LUZ, M.F. As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1979, 295 p.
 53. MACHADO, C. V. *Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Rio de Janeiro: Ed. do Museu da República, 2007.
 54. MACHADO, C.V; LIMA, L,D de; BAPTISTA,T.W.F. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. Qualificação de Gestores do SUS. FioCruz. 2007.
 55. MAIA JR, A. Perfil dos novos Secretários Municipais de Saúde do Estado de Rondônia. COSEMS-RO; Oficina de acolhimento aos novos Secretários Municipais de Saúde do Estado de Rondônia. Acervo da biblioteca do COSEMS-RO, 2013.
-

56. MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 nov. 2013.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700016>.
 57. MARTELLO. A. Arrecadação federal bate recorde em 2012 e supera R\$ 1 trilhão pela 1ª vez. Portal G1; Brasília. 2013. Documento eletrônico disponível em <http://g1.globo.com/economia/noticia/2013/01/arrecadacao-federal-bate-recorde-em-2012-e-supera-r-1-trilhao-pela-1-vez.html>. acessado em 08/11/2013.
 58. MARTINS, PC. Et al. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. Ciências & Saúde Coletiva; 16(3):1933-1942, 2011.
 59. MENDES, E. V. Os grandes dilemas do SUS, tomos I e II. Casa da Qualidade Editora, 2001.
 60. MENDES, E.V. A organização da saúde no nível local. São Paulo: HUCITEC, 1998. Cap. 4, p. 111-132.
 61. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) - 2010. Brasília-DF: O Ministério.
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11663>.(acesso em 10/06/2013).
 62. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica – DAB. Portal da Saúde; E-SUS. BRASIL, 2013. <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>.
 63. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Descentralização das ações e serviços de saúde. A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei. Brasília-DF:O Ministério; 1993. 67.
 64. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa. Indicadores e Dados Básicos – Brasil, 2008 - IDB.
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/matriz.htm#recur>. (acesso em 21/08/2013).
 65. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde em destaque. Brasília-DF: O Ministério; 2010.
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/default.cfm>.
 66. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília-DF: O Ministério; 2006.
-

-
67. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações Orçamentos de Saúde. Brasília-DF: O Ministério; 2008. http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Dados_RIPSA-2008.pdf (acesso em 23/08/2013).
 68. MIRANDA AS. Intergovernmental health policy decisions in Brazil: cooperation strategies for political mediation. *Health Policy Plan* 2007; 22: 186–92.
 69. MORAES, I. H. S. Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Abrasco, 1994.
 70. Nicoletti; R.H.A, Scotti; R.F. Coleção Para entender a gestão do SUS; BRASÍLIA; 2011. 534p.
 71. OECD Health Data 2009 - Frequently Requested Data.
<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH> (acesso em 05/08/2013).
 72. PAIM, J. TRAVASSOS, C. ALMEIDA, C. BAHIA, L. MACINKO J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios: Série Saúde no Brasil, 2011.
 73. PEREIRA. A.L; et al. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos - Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 40 p.: il. color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).
 74. PINTO, JP; Município, descentralização e democratização do governo. Caminhos de Geografia 3(6), Jun/2002.
 75. RIBEIRO, M. C.S.A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de Saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4, p.1.011-1.022, 2006.
 76. RODRIGUEZ NETO, E. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. NESP. Incentivo a participação popular e controle social no SUS: textos para Conselheiros de Saúde. Brasília: MS, 1998. p.7-17.
 77. SANTINI, S.M.L; JEDLICZKA, J.R.S; NUNES, E.F.P.A; BORTOLETTO, M.S,S; Perfil dos profissionais das equipes de saúde da família em municípios de pequeno porte de uma regional de saúde do Paraná e suas condições de trabalho. III Congresso Consad de Gestão Pública; 2009.
 78. SCOTTI, R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Segundo relatório sobre o Processo de Organização da Gestão da Assistência à Saúde. Brasília: CONASS, 1995.
-

79. SOBRINHO, L.C.P. MOURA, F. Identificação do perfil profissional dos responsáveis pela saúde nos municípios do Rio Grande do Sul. Escola de Saúde Pública; Gráfica Ferreira. POA. RS. Disponível em:
http://www.esp.rs.gov.br/observatoriorh/img2/capitulo_restante.pdf.
 80. SOLLA J, CHIORO A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L, et al. (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008: 627–73.
 81. SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdade e de descentralização. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 431-441, 2002.
 82. STARFIELD, B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.
 83. TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Acesso e utilização de serviços de saúde; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004.
 84. USP. Faculdade de Odontologia de Bauru. Serviço de Biblioteca e Documentação Diretrizes básicas para elaboração de dissertações e teses / Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia de Bauru, Serviço de Biblioteca e Documentação. – Bauru, 2011.106 p.: il.; 31cm.
 85. VECINA NETO G, MALIK AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 4: 825–39.
 86. VIANA , A. L. D´A. *Modelos de intervenção do estado na área da saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/Instituto de Medicina Social, 1995. 62 p. (Estudos de Saúde Coletiva, n. 118).
-