Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**A problemática da sustentabilidade da Saúde Pública
em Diadema/SP 2000 - 2011: Um retrato dos limites
da construção do SUS**

Mariana Alves Melo

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em Ciências.**

**Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública**

**Orientador: Prof. Dr. Livre Docente
Áquilas Mendes**

São Paulo
2013

**A problemática da sustentabilidade da Saúde Pública
em Diadema/SP 2000 - 2011: Um retrato dos limites
da construção do SUS**

Mariana Alves Melo

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em Ciências.**

**Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública**

**Orientador: Prof. Dr. Livre Docente
Áquilas Mendes**

**São Paulo
2013**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

DEDICO ESTA DISSERTAÇÃO...

Ao meu amado marido Cleber, pelo incentivo, compreensão, amor e por estar sempre
ao meu lado...

Aos meus amados enteados Lana e Yuri, pelos momentos de felicidade, carinho e
amor, tão necessários à condução desta jornada...

A toda minha família, tios, avós, sogra e sogro, pelo carinho e apoio...

Em especial ao meu amado avô João, que estará para sempre em meu coração,
exemplo de dignidade, luta e respeito à vida...

E aos munícipes de Diadema pela luta na construção do SUS...

AGRADECIMENTOS

Prof. Dr. Livre Docente Áquilas Mendes, mestre e amigo, exemplo de orientador e profissional, agradeço pelos conhecimentos transmitidos, pela convivência e pela luta desmedida em defesa do SUS.

Dra. Aparecida Linhares Pimenta, exemplo de profissional e amiga carinhosa, agradeço pelos valores e conhecimentos transmitidos e pela paixão no exercício da profissão, que me motivou a inserir-me na luta pela defesa do SUS.

Profa. Dra. Livre Docente Laura Camargo Macruz Feuerwerker e Dr. Arthur Chioro dos Reis, agradeço pelas avaliações, sugestões, disponibilidade e conhecimentos transmitidos.

Professores da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, agradeço pelos valores, pela dedicação e pelos conhecimentos apreendidos.

Aos amigos do Grupo de Estudos da Faculdade de Saúde Pública, agradeço pelas horas de discussões e trabalho, fundamentais na minha formação.

Às secretárias do Departamento de Práticas, Livia e Bianca, agradeço pelas orientações, paciência e apoio.

Aos profissionais da Prefeitura de Diadema, em especial à Ivonice Luíza Scaldelai, Raquel Maria de Araújo e Kleber Teixeira, agradeço pelas informações cedidas.

À Maria Aparecida dos Santos, Maria Luiza Granado e Isabel Senra agradeço pela gentil concessão das informações acerca do Conselho Municipal de Saúde.

Aos amigos Reinaldo Damasceno, Carlos Eduardo, Lucy Megumi Maezano, Bruna dos Santos e Claudia o Rosário Vieira agradeço pela motivação, carinho e apoio.

A minha amada enteada Lana O. Spolle, agradeço pelo carinho e gentileza de auxiliar-me na elaboração do Abstract.

À querida amiga, Carolina Freitas Lopes Giacomelli, agradeço pelo carinho e ajuda na revisão de texto desta dissertação.

RESUMO

Trata-se de um estudo de caso da gestão em saúde do município de Diadema/São Paulo, no período de 2000 a 2011. Para tanto, relaciona os principais enfrentamentos percorridos neste período no tocante à manutenção da sustentabilidade do sistema público de saúde municipal diademense. O conceito de sustentabilidade empregado abrange duas dimensões principais: a de estrutura e a de processo. Diadema constitui-se como um “fiel seguidor” dos princípios do SUS, aderindo desde sua implantação às políticas de gestão e assistência implementadas nestes mais de 20 anos de sua construção. Por tanto, o grande objetivo desta análise é o de ampliar a discussão acerca dos rumos trilhados pelo SUS e seu possível destino turbulento, e inferir os principais limites da construção do sistema a partir da ótica municipal. Diadema destaca-se pelos crescentes investimentos na área de saúde: desde 2000 aplica, em média, 31% da sua receita de impostos (compreendidas as transferências constitucionais) em ações de saúde, segundo dados do Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Isso representa mais do que o dobro do percentual mínimo (15%) regulamentado pela Emenda Constitucional 29 e Lei Federal 141 de janeiro de 2012. Mais além, custeia hoje cerca de 70% de suas despesas com saúde com recursos do orçamento próprio. A análise das políticas implementadas, os principais objetivos perseguidos pela gestão, as principais dificuldades enfrentadas, os principais resultados obtidos, o cenário de financiamento e o quadro de restrições econômico e financeiras da Saúde municipal de Diadema no período, constituíram a base para a caracterização dos três campos de enfrentamentos que descrevem o objetivo de desenhar os limites da construção do SUS: enfrentamento à Estrutura do Federalismo Brasileiro e Princípio de Descentralização do SUS; enfrentamento à Estrutura de Financiamento do SUS; e, Enfrentamento ao Modelo de Atenção. Para cada campo de enfrentamento foram sugeridas propostas, com base na realidade de produção de saúde sob a ótica municipal, em que se descreveram alternativas para desviar o SUS municipal de seu possível destino turbulento na busca de dias de sol na condução das políticas municipais de saúde.

DESCRITORES: SUS, Gestão em Saúde municipal, Diadema, enfrentamentos.

ABSTRACT

It is a case study about health management of the city of Diadema/São Paulo, between 2000 and 2011. Therefore, relates the major obstacles faced in this period as regards the maintenance of the sustainability of the public health system of Diadema. The established concept of sustainability comprehends two main dimensions: the structure one and the process one. The city settles down as a “loyal follower” of the principles of SUS by the adhesion of its management policies and assistance implemented in these more than 20 years of its construction. Thereby, the major objective of this analysis is to amplify the discussion about the course taken by SUS and its possible turbulent destiny, and infer the main limits of the construction of the system from the municipal optics. Diadema stands out for the growing investments in health section: since 2000, applies, on an average, 31% of its taxes (the constitutional transfers comprehended) in health actions, according to System of Public Budgets in Health (SIOPS). It represents more than the double of the minimum percentage (15%) regulated by the Constitutional Amendment 29 and Federal Law 141 of January 2012. Furthermore, it defrays about 70% of the expenses with health with its own budgets’ resources. The analysis of the implemented policies, the main persuaded objectives by the management, the leading confronted difficulties, the major obtained results, the financial scenario and the conjuncture of economic and financial restrictions of the municipal Health of Diadema in the period composed the basis for the characterization of the 3 confronting areas that describe the objective to delineate the limits of the construction of SUS: confrontation to the Structure of the Brazilian Federalism and Principle of the Decentralization of SUS; confrontation to the Structure of SUS Financing; and confrontation to the Attention Model. For every area of confrontation, proposals have been suggested, based in the reality of health production under the municipal optics, in which were described alternatives to divert the municipal SUS of its possible turbulent destiny in the pursuit of sunny days in the leading municipal policies of health.

DESCRIPTORS: SUS, Management in public Health, Diadema, confrontations.

SUMÁRIO

	Página
1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVO	18
1.1 OBJETIVO GERAL	18
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3. MATERIAL E MÉTODOS	19
4. A CONTRIBUIÇÃO DE DIADEMA PARA A CONSTRUÇÃO DO SUS	23
4.1 DIADEMA: CONTEXTO HISTÓRICO, CARACTERIZAÇÃO SOCIECONÔMICA E POLÍTICA.	24
4.2 A SAÚDE PÚBLICA DIADEMENSE E A CONSTRUÇÃO DO SUS	38
4.2.1 A Contribuição do Movimento Popular e dos Gestores Locais	38
4.2.2 A Evolução das Políticas Municipais de Saúde entre 2000 e 2011	44
4.2.3 As Realizações da Saúde em Diadema entre 2000 a 2011: Um Olhar Sintético	70
5. DIADEMA, OS LIMITES DA CONSTRUÇÃO DO SUS E ALGUMAS PROPOSTAS	77
5.1 ASPECTOS DA POLÍTICA DE SAÚDE E GESTÃO DOS RECURSOS	78
5.2 ASPECTOS DO FINANCIAMENTO EM SAÚDE E IMPACTOS ORÇAMENTÁRIOS	98
5.3 PROPOSTAS DE ENFRENTAMENTOS AOS LIMITES DO SUS	122
5.3.1 Enfrentamento à estrutura do Federalismo e do Princípio de Descentralização do SUS	124
5.3.2 Enfrentamento à Estrutura de Financiamento	141
5.3.3 Enfrentamento ao Modelo de Atenção à Saúde	150
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	158
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	163
CURRÍCULO LATTES	

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico	Página
Gráfico 1 - Evolução do número de habitantes segundo o censo IBGE – Diadema de 1970 a 2010.....	29
Gráfico 2 - Proporção de cobertura populacional estimada (em %) segundo Equipes de Saúde da Família e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde implantados – 2000 a 2011 (segundo último mês de cada ano).....	71
Gráfico 3 - Número de procedimentos ambulatoriais aprovados de estabelecimentos públicos municipais de Diadema por habitante ao ano – 2000 a 2011.....	72
Gráfico 4 – Número de internações, por local de internação, aprovadas de estabelecimentos públicos municipais de Diadema por habitante ao ano – 2000 a 2011.....	73
Gráfico 5 – Despesa total com Saúde X Despesa com Pessoal na Saúde – Diadema de 2000 a 2011	84
Gráfico 6 – Despesas com saúde de Diadema por habitante segundo fonte de 2000 a 2011.....	103

LISTA DE QUADROS

Quadro	Página
Quadro 1 - Síntese dos anos de gestão, prefeitos, partidos e secretários de saúde em Diadema de 1960 a 2013.....	35
Quadro 2 – Memória de Cálculo dos repasses Federais Diadema/2011 (Portarias até set/2011).....	106
Quadro 3 – Representação Percentual das linhas de financiamento federal em execução no Município de Diadema em 2011, segundo competência.....	113

LISTA DE TABELAS

Tabela	Página
Tabela 1 – Estabelecimentos Municipais Públicos de Saúde de Diadema por tipo, segundo classificação do CNES (dez/2005 X dez/2011).....	74
Tabela 2 – Evolução do quadro de pessoal da Secretaria de Saúde de Diadema segundo categoria de profissionais – Comparação ano de 2000 e 2011.....	75
Tabela 3 – Percentual de recursos próprios municipais aplicados em saúde em Diadema de 2000 a 2011.....	100
Tabela 4 – Percentual de participação no montante de despesas totais em saúde de Diadema por Ente da Federação de 2003 a 2011.....	102
Tabela 5 - Representação percentual dos Blocos de financiamento federal por regime de caixa – Diadema de 2000 a 2011.....	114
Tabela 6 – Evolução da representação percentual da despesa com serviço de terceiros e pessoa jurídica sobre a despesa total com saúde – Diadema de 2000 a 2011.....	119

RELAÇÃO DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIS - Ações Integradas de Saúde

AMQ - Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CCA - Centro Cirúrgico Ambulatorial

CCZ - Centro de Controle de Zoonoses

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CEPAM - Centro de Estudos e Pesquisa da Administração Municipal

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CIMS – Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde

CMRUE - Central Municipal de Regulação de Urgência e Emergência e de Leitos

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNES – Cadastro Municipal de Estabelecimentos em Saúde

CONVIVA - Núcleo de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde

COSEMS - Conselho de Secretarias Municipais de Saúde

CRIS - Comissão Regional Interinstitucional de Saúde

CRT – Centro de Referência e Tratamento em DST/Aids/HIV

CPMF - Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira

DATASUS - Banco de Dados do Sistema Único de Saúde

DRU – Desvinculação das Receitas da União

EC – Emenda Constitucional

FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação

FAT - Fundo de Amparo do Trabalhador

FGV – Fundação Getúlio Vargas

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

IDSUS - Índice de Desempenho do SUS

IGP-DI - Índice Geral de Preços de Mercado – Disponibilidade Interna da Fundação Getúlio Vargas

IPMF – Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira

MAC – Média e Alta Complexidade

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOB – Norma Operacional Básica

NOAS - Norma Operacional da Assistência em Saúde

ONG – Organização não governamental

PA – Pronto Atendimento

PAC 2 – Programa de Aceleração do Crescimento 2

PFVPS - Piso Fixo da Vigilância e Promoção da Saúde

PAB - Piso de Atenção Básica

PIB - Produto Interno Bruto

PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PPI - Programação Pactuada Integrada

PRONASCI - Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania

PRT - Portaria

Projeto Vigisus II - Plano de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde

PSB - Partido Socialista Brasileiro

PT - Partido dos Trabalhadores

PTB - Partido Trabalhista Brasileiro

REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SIGA-SAUDE – Sistema de registro de agendamento e realização de consultas e exames do Quarteirão da Saúde

SISREG – Sistema de Regulação do Ministério da Saúde

SIOPS – Sistema de Informação de Orçamentos Públicos de Saúde

SISAUD - Sistema de Auditoria do Ministério da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TAS - Termo de Ajuste Sanitário

TCEP – Termo de Cooperação entre Entes Públicos

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

VIVA - Inquérito Nacional de Violências e Acidentes

1. INTRODUÇÃO

A história recente do Sistema Único de Saúde (SUS) foi marcada por forte avanço no que tange a expansão de cobertura de suas ações. Tal ampliação também foi verificada no que se refere à existência de instrumentos e estratégias que visavam o aprimoramento de sua estruturação e o atendimento das necessidades de gestão. Porém, a maioria destes instrumentos não atingiu seu objetivo, por serem inadequados e/ou insuficientes.

Atender tal demanda tornou-se uma tarefa deveras complexa, pois o SUS constituiu-se como uma complexa rede de variáveis de aspectos muito diversificados. Atualmente, tal tarefa alocou-se, em grande parte, sob a responsabilidade da gestão municipal. Isto porque o cenário desenhado pelo sistema de saúde brasileiro foi fortemente marcado pela municipalização e descentralização, tal como se observa desde os primórdios do SUS, como na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). Assim, a busca pela sustentabilidade das ações em saúde e promoção da qualidade de atenção oferecida à população foi (e continua sendo) um tema constante da gestão em nível municipal.

No que se refere ao objeto do estudo, o município de Diadema/SP caracterizou-se por constituir-se como um “fiel seguidor”¹ dos princípios do SUS, aderindo desde sua implantação às políticas de gestão e assistência implementadas nestes mais de 25 anos de sua construção. Mais além, o município destacou-se pelos

¹ Para além de constituir-se como um fiel seguidor dos princípios do SUS, Diadema já havia criado uma Secretaria Municipal de Saúde e investia em saúde antes mesmo da criação do SUS.

crescentes investimentos na área de saúde. Por exemplo, no período de análise do estudo (de 2000 a 2011) aplicou, em média, 31% da sua receita de impostos (compreendidas as transferências constitucionais) em ações e serviços de saúde, segundo dados do Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Isso representa mais do que o dobro do percentual mínimo (15%) regulamentado pela Emenda Constitucional 29 e Lei Federal 141 de janeiro de 2012. Mais além, custeou cerca de 70% de suas despesas com saúde com recursos do orçamento próprio.

Por este motivo, o cenário desenhado pelos obstáculos enfrentados por este município, na busca pela sustentabilidade de suas ações em saúde, possibilita uma rica análise dos limites da construção do SUS.

O conceito de sustentabilidade abordado na análise tem como objetivo abranger duas dimensões principais: a de estrutura² (compreendida pelos recursos financeiros, materiais e humanos) e a de processo³ (compreendido pelos serviços, ações, políticas e estratégias em saúde).

² A dimensão de estrutura baseia-se no conceito de sustentabilidade utilizado pela Organização Mundial de Saúde (World Health Organization) em um estudo sobre o Financiamento do Sistema de Saúde da União Europeia, de Thomson et al, (2009). Nesse estudo, os autores fazem referência à confusão comum dos conceitos de sustentabilidade econômica e sustentabilidade fiscal. Para sustentabilidade econômica os autores definem que os gastos com saúde são sustentáveis até o limite em que os custos sociais dos mesmos não sejam superiores aos valores que produzem. Desta forma, será insustentável economicamente o gasto em saúde que prejudique outros gastos governamentais com outras áreas importantes da economia de determinado território. A sustentabilidade fiscal relaciona-se às despesas com cuidados em saúde, desta forma, as ações em saúde podem ser economicamente sustentáveis, porém insustentáveis do ponto de vista fiscal, se as receitas públicas não forem capazes de cobrir as despesas públicas. A sustentabilidade fiscal para estes autores é definida como um problema político que pode ser enfrentado através de uma reforma técnica que vise aumento do valor produzido em saúde.

³ A dimensão processo do conceito de sustentabilidade abordado na análise baseia-se no estudo intitulado “Município-Rede: Planejamento, Desenvolvimento Político e Sustentabilidade” de Moisés (1999). Este é um estudo do Centro de Estudos e Pesquisa da Administração Municipal (CEPAM) da Fundação Prefeito Faria Lima. No estudo, o conceito de sustentabilidade das políticas públicas municipais é abordado sob duas perspectivas: a sustentabilidade do desenvolvimento (segundo a teoria de Henrique Rattner, abordada em sua obra: Liderança para uma sociedade sustentável de 1999) e o conceito de Estado-Rede como modelo para uma reforma da administração pública (segundo a teoria de Manuel Castells). Assim, a dimensão do processo do conceito de sustentabilidade empregado neste estudo baseia-se na argumentação de que o papel do planejamento municipal é fundamental no

Para capturar a questão da sustentabilidade do Sistema Municipal de Saúde de Diadema no período, o estudo está organizado em duas partes. A primeira trata da caracterização do município (contexto histórico, socioeconômico e político) e do desenvolvimento das principais políticas de saúde municipais. A segunda problematiza os aspectos da política de saúde, gestão dos recursos, financiamento e impactos orçamentários e descreve propostas segundo os enfrentamentos identificados para a manutenção da sustentabilidade do sistema municipal de saúde. Por fim, descrevem-se ainda as considerações finais da análise.

êxito das estratégias e políticas municipais. Define-se ainda que é sustentável a estratégia e política que vislumbrar a articulação dos atores e capacidades locais e regionais, utilizar melhor seus recursos, implementar o desenvolvimento sustentável e promover a participação da sociedade.

2. OBJETIVO

Objetivo Geral: Identificar a partir da evolução das políticas municipais de saúde de Diadema, no período de 2000 a 2011, os principais limites à construção do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a ótica municipal, com o intuito de compreender melhor a dimensão da sustentabilidade de suas ações em saúde.

Objetivos Específicos:

- a) Discutir o processo histórico de formação do SUS, com destaque ao modelo de financiamento e a alocação de recursos na perspectiva da gestão descentralizada, com ênfase ao papel da gestão municipal. Para tanto, serão analisadas as principais perspectivas que compõe o cenário da gestão do SUS.
- b) Examinar as características estruturais, políticas e de gestão do sistema de saúde público do município de Diadema. Para tanto, serão relacionadas informações acerca da infraestrutura do sistema público de saúde, sua evolução histórica, principais diretrizes regulamentadoras, histórico de constituição do sistema municipal de saúde, histórico da participação popular e estrutura política e de gestão do sistema. Serão descritos ainda os fundamentos dos principais instrumentos de planejamento/gestão (Plano Municipal de Saúde, Relatórios de Avaliação da Gestão, Relatórios de Prestação de Contas, Programações Anuais de Saúde, entre outros) vigentes entre 2000 e 2011.
- c) Propor ações e estratégias para os enfrentamentos identificados no cenário do sistema de saúde municipal relacionados aos limites de construção do SUS.

3. MATERIAL E MÉTODOS

O estudo utilizou o Método Monográfico ou Estudo de Caso segundo a definição de Lakatos e Marconi (2010). Assim, buscou-se através da pesquisa elucidar questões da gestão descentralizada dos recursos municipais próprios aplicados em saúde, a partir do contexto do município de Diadema.

A escolha pelo método referido baseou-se em motivos intrínsecos, instrumentais e coletivos, pois foram analisadas as “representações de traços particulares, (...) esclarecimentos de traços sobre algumas questões, (...) abordagem de vários fenômenos conjuntamente” (LAKATOS; MARCONI, 2010, p.274), respectivamente. Mais além, pautou-se pela vantagem de “respeitar a totalidade solidária” dos grupos, (...) evitando, portanto, a prematura dissociação de seus elementos.” (LAKATOS e MARCONI, 2010, p.93).

Além disso, o método escolhido, por tratar-se de um Estudo de Caso, ainda sob a luz da contribuição de Lakatos e Marconi (2010), restringiu-se à aplicação ao caso particular do sistema de saúde municipal de Diadema, dado constituir-se como um levantamento profundo do cenário do município. Por tanto, “não podendo ser generalizado” (LAKATOS e MARCONI, 2010, p.274).

Foram reunidas o maior número de informações possíveis acerca do objeto de análise por meio de diferentes técnicas de pesquisa, “visando aprender uma determinada situação e descrever a complexidade de um fato” (LAKATOS e MARCONI, 2010, p.274).

Com base nesse instrumental metodológico, o estudo foi realizado por meio de pesquisa documental e bibliográfica. Foram utilizados os seguintes instrumentos: documentos e instrumentos legais do SUS, documentos e instrumentos legais próprios do município de Diadema, análise bibliográfica e teórica dos conceitos e técnicas empregados, dados secundários relativos aos indicadores de resultado, processo e estruturais da saúde municipal, e evolução do gasto em saúde do município de Diadema.

A análise abordou o período de 2000 a 2011. Elegeram-se o recorte temporal desta análise visando contemplar os períodos de mandatos das gestões municipais. Dado que este trabalho fora realizado em 2012, não foi possível que os dados deste ano fossem compreendidos na análise, pois ainda não estavam consolidados. Desta forma, com o objetivo de atenuar esta ausência, inseriu-se o ano de 2000 (um ano antes do início do mandato de 2001 a 2004) no recorte temporal da análise, caracterizado por ser um ano de fechamento de mandato tal como o de 2012, em que pese as diferenças entre as realidades temporais. Mais além, foi levado em consideração que a década de 2000 representa um importante momento de mudanças na gestão dos municípios, na medida em que se estrutura uma mudança importante no SUS, alicerçada ao desenvolvimento do Pacto pela Saúde a partir de 2006.

Os dados financeiros foram atualizados / corrigidos por meio do Índice Geral de Preços de Mercado – Disponibilidade Interna (IGP-DI) da Fundação Getúlio Vargas (FGV) com base em dezembro de 2011. Tal escolha foi motivada pelo fato de o índice ter como objetivo refletir o comportamento dos preços em geral da economia brasileira e ser mais comumente utilizado para análises de fundos públicos.

Como fonte para a análise documental, o estudo utilizou os principais instrumentos legais (portarias, decretos e leis) que delimitam a estrutura de funcionamento e financiamento do SUS. Utilizou ainda, como fonte de pesquisa, as bibliografias elaboradas e recomendadas pelo Ministério da Saúde. Especificamente no que se refere à estruturação do sistema de saúde municipal de Diadema, o estudo fez uso dos principais instrumentos de planejamento da pasta, a saber: Plano Plurianual, Relatórios de Avaliação de Gestão, Lei de Diretrizes Orçamentárias, Plano Municipal de Saúde e demais planejamentos elaborados pela área na série histórica abordada pelo estudo.

Para análise bibliográfica e teórica, o estudo teceu análises baseadas nas principais referências relacionadas ao campo econômico dos conceitos empregados e principais referências acerca da gestão descentralizada em Saúde Pública (aspectos jurídicos e legais, o dilema da descentralização e concentração, transformações recentes do capitalismo e modelos tecnoassistencias).

Como insumos para a análise específica da avaliação da evolução dos recursos aplicados em saúde por Diadema, o estudo utilizou principalmente indicadores de resultado. Grande parte das informações foram coletadas nas seguintes fontes: dados do DATASUS (Banco de Dados do Sistema Único de Saúde), Sistemas de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre outros.

Por meio da base documental, foi realizada a análise das diretrizes regulamentadoras que descrevem os SUS e do sistema municipal de saúde de Diadema, traçando assim o cenário dos limites da construção do SUS sob a ótica municipal. Com base na pesquisa bibliográfica, o estudo reuniu os meios, técnicas e

recursos que possibilitaram a análise do gasto próprio municipal em saúde, análise da produção da política em Diadema com ênfase ao campo do planejamento, orçamento e gestão de recursos e análise do resultado em saúde.

Cabe explicitar ainda quais dimensões da política municipal de saúde de Diadema não foram compreendidas na análise: não foi abordado o gasto privado em saúde em Diadema (exceto aquele que é realizado para os usuários de plano de saúde que utilizam os serviços municipais, mas que não foram ressarcidos diretamente ao município); e, não foram abordados os gastos que a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo fez com sua rede de serviços de saúde própria (representada pelo Hospital Estadual Diadema e pelos atendimentos realizados para cidadãos de Diadema em outros serviços estaduais), com os medicamentos de alto custo ou com pagamento dos servidores municipalizados, por exemplo. Sendo assim, a análise se restringiu aos gastos com a rede própria de serviços e ações de saúde, efetuados com recursos do tesouro municipal e aqueles recursos de origem estadual ou federal transferidos ao Fundo Municipal de Saúde de Diadema no período de 2000 a 2011.

4. A CONTRIBUIÇÃO DE DIADEMA PARA A CONSTRUÇÃO DO SUS

Diadema, cidade relativamente nova, com 52 anos de existência, foi fortemente caracterizada por traços de sua ocupação motivada por sua localização estratégica entre o litoral - Vila de São Vicente - e o planalto - Vila de São Paulo de Piratininga (DIADEMA, 1999).

Atualmente, a cidade em muito pouco remonta ao vilarejo de suas origens. Isto porque o município passou por uma rápida e significativa transformação, dado o intenso e desordenado processo de urbanização em que pesa o potente e atuante processo de conquistas alicerçado pelo movimento popular local.

Da mesma forma, a saúde pública municipal carregou em si tal herança, descrevendo um caminho em que a participação popular constituiu-se como um dos atores principais na construção das políticas e estratégias de saúde local. Há de pesar também o paralelismo existente entre o período de conquistas populares em saúde e a implementação do SUS.

Desta maneira, para análise é imperioso que se compreenda e descreva tal processo de construção desta cidade, tal como segue.

4.1 DIADEMA: CONTEXTO HISTÓRICO, CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E POLÍTICA.

O município de Diadema localiza-se na Região Metropolitana da Grande São Paulo, formada por 39 municípios. Especificamente na região conhecida como Região do Grande ABCD, formada pelas sete cidades: Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Rio Grande da Serra e Ribeirão Pires.

Segundo dados da Administração Municipal (DIADEMA, 2012), o município teve seu processo original de ocupação intimamente ligado à sua localização geográfica estratégica, localizando-se entre o litoral e São Paulo, o que a alocou no caminho do escoamento de produção. Ademais, a existência de uma via de ligação entre São Bernardo do Campo e Santo Amaro possibilitou a chegada de habitantes já no século XVIII. Duas das principais avenidas do município originaram-se desta via: a Avenida Antonio Piranga e Avenida Piraporinha.

Até a década de 1940, Diadema era estruturada em 4 povoados que pertenciam ao município de São Bernardo do Campo (Piraporinha, Eldorado, Taboão e Vila Conceição). Dada a precariedade dos caminhos que caracterizavam sua ligação, cada povoado existia de forma quase independente, com vida própria e quase isolada (DIADEMA, 1999).

A criação da represa Billings em 1925, no território de Eldorado, região do extremo sul da cidade, despertou interesse dos moradores de São Paulo (detentores de maior poder aquisitivo que a população local) na busca por alternativas de lazer.

Assim, os proprietários das terras, com o intuito de facilitar o acesso, optaram por melhorar os caminhos do território ao centro (Vila de Conceição) construindo a atual Avenida Alda (importante via do transporte local). Naquela época, a construção desta ligação passou a comportar o transporte de carros de boi, cavalos, automóveis e a primeira jardineira (DIADEMA, 1999).

Ainda naquele período, na região norte, existia apenas duas vias: a Estrada de Jararaca (principal ligação com São Paulo, hoje substituída pela Avenida Conceição) e a Avenida Brasília, responsável pelo escoamento de pedras à capital, onde eram comercializadas. Isso porque o território de Taboão abrigava uma antiga pedreira. O proprietário da pedreira, anos mais tarde, construiu a Avenida Taboão. Porém, ainda hoje a Avenida Brasília funciona como ligação da cidade de Diadema com a capital, através da região do Parque do Estado.

Desta forma, estes caminhos permaneceram vinculados aos interesses de organização do espaço e dos interesses locais até meados dos anos de 1940, estruturando-se de forma a permitirem o escoamento de produção das pequenas olarias e a permitirem o acesso de interessados nas compras de chácaras na região central e sul (DIADEMA, 1999).

Segundo dados da Administração Municipal (DIADEMA, 2012), até a década de 1950, Diadema quase não sofreu influência do processo de industrialização da cidade de São Paulo, tendo pouca representatividade na economia da região. Isto porque o escoamento da produção ocorria por via ferroviária (Santos – Jundiaí). Desse modo, a expansão industrial paulista até a década de 1940 aconteceu principalmente nos territórios onde se localizam as cidades de Mauá, Santo André e São Caetano (DIADEMA, 1999).

Mais tarde, a Vila Conceição, região mais isolada de São Bernardo, liderou o processo de emancipação local, conforme relatam dados da Administração Municipal (DIADEMA, 2012). Essa região era marcada por severa ausência de recursos infraestruturais com os quais a população local estava fadada a enfrentar em busca de sinergia suficiente para instalar-se.

Assim, após vitória apertada no plebiscito de dezembro de 1958, o processo de emancipação foi aprovado pela Assembleia Legislativa. Em 1959, foram eleitos os poderes Executivo e Legislativo, sendo a data de 10/01/1960 o marco inicial de instalação oficial do município, tendo em vista a posse do primeiro prefeito, vice-prefeito e vereadores.

Dado o declínio da utilização dos eixos ferroviários de escoamento de produção e circulação de mercadoria, alicerçado pelo pensamento desenvolvimentista da época e a consequente escolha por meios rodoviários como nova forma de estrutura de escoamento da produção, a Via Anchieta (inaugurada em 1947) ganhou destaque na nova fase de industrialização paulista e implantação do capitalismo no Brasil (DIADEMA, 1999).

Assim, indústrias multinacionais instalaram-se ao longo da rodovia no perímetro de São Bernardo do Campo e, em Diadema, instalaram-se principalmente pequenas e médias empresas com produção complementar às multinacionais de São Bernardo. Desta forma, Diadema e São Bernardo constituíram-se como os municípios da Região da Grande São Paulo que apresentaram maiores taxas de crescimento industrial na década de 1960 (DIADEMA, 1999).

De tal forma, as primeiras indústrias de Diadema instalaram-se nas proximidades da Via Anchieta, na Avenida Fagundes de Oliveira e, mais tarde, na

Avenida Casa Grande. Essas vias possuíam estrutura muito precária e, somente a partir da concessão de incentivos pela prefeitura municipal⁴, alargou-se o número de indústrias na Avenida Casa Grande, chegando-se ao montante de 23 estabelecimentos industriais. O mesmo movimento ocorreu na Avenida Prestes Maia na década de 1960. Posteriormente, após 1965, o Bairro Serraria também se transformou em área industrial (DIADEMA, 1999).

Em 1974 inaugurou-se a Rodovia dos Imigrantes, que cortou o território da cidade ligando São Paulo a Santos. Essa inauguração acarretou graves problemas para as vias urbanas, dada a sobrecarga de tráfego. A rodovia tem baixa relação com o processo de demandas da cidade, haja vista que, apesar de ocupar 4% do território municipal, possui apenas duas saídas para a cidade, uma em cada sentido da rodovia (DIADEMA, 1999).

Desta forma, as mudanças estruturais na cidade relacionaram-se estreitamente com a estruturação do espaço e a relação entre as escolhas dos processos de industrialização e urbanização da cidade e da capital paulista. Sendo assim, é fundamental destacar que este processo aconteceu de forma desagregada e muito veloz, motivado pelo processo de industrialização concentrador da capital.

O volumoso montante de imigrantes que chegaram a Diadema neste período, trazidos pela busca de oportunidades na capital paulista, desencadeou um intenso e desorganizado processo de transformações urbanas. A organização da cidade seguiu a lógica da produção e circulação dos produtos, tornando-se deveras fragmentada. Por este motivo, o desenvolvimento ocorrido em Diadema traçou o caminho dos

⁴ Em 1960 foram concedidas vantagens fiscais por 5 anos a todas as indústrias; em 1965 foi implantado o programa “Cidade Micro-Indústria” que consistia na possibilidade de venda parcelada a preço de custo de terrenos com porte para instalações industriais; em 1969 foi criado o Serviço de Expansão Industrial (DIADEMA, 1999).

interesses do mercado, em que pouco, ou quase nada, pesam as necessidades de seus habitantes:

O crescimento da economia foi entendido como um fim em si mesmo, subtrai os interesses, as necessidades e a qualidade de vida da maioria das pessoas que para cá vieram.

Mas este processo, ao gerar interesses conflitantes e tensões sociais, fez com que homens e mulheres se propusessem a buscar novos caminhos. Caminhos sobre os quais se constroem a humanização da cidade, tarefa fundamental do nosso tempo (DIADEMA, 1999, p. 15)

Tal crescimento pôde ser observado pela evolução do contingente populacional. No início, o município não possuía mais de 10 mil habitantes. Entre as décadas de 1960 e 1970 a população cresceu espantosamente e sextuplicou. Continuando em ritmo acelerado de crescimento, entre as décadas de 1970 e 1980 dobrou de tamanho. Em 2000, atinge o número de 357.064 habitantes (BISILLIAT, 2004). Segundo Censo Demográfico do IBGE para o ano de 2010, possuía 386.089 habitantes - com estimativa de 388.576 habitantes para o ano de 2011 - com uma área de 30,84 Km², apresentou uma das mais altas densidades demográficas do país com 12.519,10 habitantes/Km² (IBGE, 2012). O Gráfico 1 apresenta o considerado crescimento da população de Diadema a partir da década de 1970:

Gráfico 1 – Evolução do número de habitantes segundo censo IBGE – Diadema de 1970 a 2010

O Produto Interno Bruto (PIB) de Diadema a preços correntes, com referência ao ano de 2009, segundo dados do IBGE, foi de R\$9.969.819.000,00, o 44º maior do Brasil e o 13º maior do Estado de São Paulo e o 3º da Região do Grande ABCD (IBGE, 2012). Destacou-se a área de prestação de serviços, que contribuiu com 47,36% na formação do PIB municipal; sendo assim, o terceiro setor constituiu-se como a maior fonte de recursos do PIB diademense. O contrário acontece no setor primário, que participou apenas com 0,004% na formação do PIB municipal (DIADEMA, 2012a). Já o setor secundário apresentou representatividade significativa para a economia municipal, adicionando em 2009 R\$3.853.330,00 em valores brutos.

Em 2011, segundo dados do Observatório Municipal (DIADEMA, 2012a), a política de desenvolvimento econômico do município objetivou fortalecer a geração de emprego e renda na cidade. Mais além, objetivou ainda a otimização da qualidade de produção e desenvolvimento de novas tecnologias; por este motivo, promoveu a capacitação profissional e dos meios produtivos e buscou estabelecer parcerias com

as empresas. Isso porque a administração municipal visou garantir e expandir sua receita tributária, uma vez que o setor de serviços em franca expansão não gera receitas tão significativas como o industrial, dado o grande percentual de empregos informais.

Tendo em vista estes objetivos, implantou-se o Polo Brasileiro de Cosmético em 2012, que foi responsável por aproximadamente 5% da arrecadação municipal. Ainda nessa área, destacaram-se os programas de Melhoria de Competitividade Industrial e o Bom Comércio, entre outras ações que visavam parcerias entre o poder público e empreendedores, renovação para a economia local, inovação tecnológica e mais empregos formais.

Para além da descrição histórica e caracterização socioeconômica, é preciso ainda, no que se refere à caracterização do município de Diadema, descrever a história de conformação do cenário político em que se destaca a prevalência de governos do Partido dos Trabalhadores (PT) e a relevância desta prevalência no que concerne à gestão dos recursos municipais e, consequentemente, da Saúde Pública Municipal (objeto deste estudo).

Tal como evidencia Bissiliat (2004), a significância da eleição de um governo de esquerda em um período de retomada da democratização da sociedade do país, pós-período de ditadura militar⁵, marcado pela bandeira da retomada de independência dos municípios, veio a confluir com a eleição do PT em Diadema a partir de 1983.

⁵ Em que houve perda de autonomia política e financeira dos governos municipais (BISILLIAT, 2004).

Isto porque, a questão da descentralização que levou a um processo de maior participação da sociedade civil e otimização na utilização dos recursos públicos⁶ eram diretrizes da ótica democrática da experiência local de gestão do Partido dos Trabalhadores no Brasil naquela época (BISILLIAT, 2004). Este destaque na análise do cenário político do município objetiva apenas demonstrar a confluência das diretrizes do pensamento deste partido e o momento histórico político do país naquela época. Porém, é importante frisar que tal constatação tem como base apenas o registro histórico das diretrizes e ideal político deste partido, e não tem pretensões de consolidar-se como verdade a partir da verificação empírica.

Mais além, Bisilliat (2004) destaca outra importante questão que repercute na análise do histórico político da cidade de Diadema: a questão da descentralização em âmbito panorâmico. Isto porque, é preciso identificar que a descentralização percorre duas correntes de pensamento de forma muito diversa: a que preconiza o Estado Mínimo, dada a crise do Estado de Bem-Estar Social nos países desenvolvidos; e a presente em alguns países em desenvolvimento como o Brasil, identificadas como processos de redemocratização.

Portanto, segundo Bisilliat (2004), é necessário sinalizar que a experiência de Diadema identificou-se com a segunda corrente de pensamento. E, por se dar através de um partido que defendia na época a participação popular, conseguiu se estabelecer no poder defendendo o princípio de articular democracia e descentralização.

Para descrever essa trajetória é necessário, portanto, remontar às origens do partido. O PT fundou-se em 1980 e a primeira gestão municipal do partido em âmbito nacional deu-se de 1983 a 1988, com a eleição do prefeito Gilson Menezes

⁶ Sustentada pela assertiva de que as questões centrais para o bem-estar da população local e sua sobrevivência serão melhores identificadas por serviços públicos mais próximos (BISILLIAT, 2004).

em Diadema (isto porque o prefeito petista eleito no mesmo ano na cidade de Santa Quitéria mudou de partido meses depois de se eleger). A plataforma de governo do então prefeito Gilson Menezes tinha como eixos centrais “a luta contra os despejos e alugueis abusivos; a luta pela saúde e pelo ensino gratuito; democratização e descentralização da administração pública” (BISILLIAT, 2004, p. 31).

A plataforma carregava muitas questões nevrálgicas da luta contra a dominação da ditadura, tal como a questão da democratização, que reunia, entre outras estratégias, a expansão da participação popular na administração pública local via criação de Conselhos. Tais instrumentos, mais tarde, construíram grandes resultados, principalmente no que se refere às conquistas relativas à saúde pública.

De tal modo, por ser esta a primeira ocorrência do partido no poder, o governo teve que enfrentar alguns problemas advindos desta inexperiência: o desafio da concretização da ideologia em estratégias políticas exequíveis; os conflitos de autoridade; a busca por técnicos e militantes com conhecimento necessário para a condução técnica do governo de uma cidade; a prática da separação dos poderes entre o partido e o governo local; entre outros enfrentamentos (BISILLIAT, 2004).

Tais dificuldades, até certo ponto naturais, semearam, segundo Bisilliat (2004), a futura e única derrota do PT nas eleições municipais no transcorrer do período de 1983 a 2004. As disputas relativas ao consenso de qual esfera do partido (diretório municipal, estadual ou federal) teria competência para indicar os secretários das pastas do governo municipal e a final decisão do então prefeito de acatar as indicações do Diretório Nacional e Estadual, culminaram mais a frente em consequências políticas negativas.

O afastamento do prefeito do Diretório Municipal e suas decisões, entendidas por Bisilliat (2004) como unilaterais, culminaram na sua saída do partido em 1988. Assim, foi possível que o mesmo prefeito (Gilson Menezes) se elegeisse novamente por outro partido, marcando a derrota do PT dada no governo do período de 1997 a 2000 (BISILLIAT, 2004).

O segundo mandato do PT na cidade de Diadema foi conquistado sob a lacuna deste conflito inicial do primeiro governo. Segundo Bisilliat (2004), para conseguir apoio dos militantes, o prefeito eleito José Augusto da Silva Ramos, o segundo prefeito petista no poder, assumiu o compromisso público de que os secretários seriam nomeados por um grande fórum popular. Mas esse compromisso não se concretizou (BISILLIAT, 2004).

Os secretários foram então indicados pelo Diretório Municipal do partido, sendo esta decisão entendida como unilateral do prefeito em exercício. Estabeleceu-se então uma crise de legitimidade frente à população (BISILLIAT, 2004). Tal crise gerou movimentos contrários à gestão, inclusive do vice-prefeito e aliados do partido. O principal exemplo desses movimentos foi a invasão de um terreno público (Gazuza) como forma de manifestação de insatisfação da população com as decisões do governo: o cume da crise de autoridade do governo e partido na época (BISILLIAT, 2004).

A terceira gestão com José de Fillipi Júnior, entre 1993 e 1996, manteve na administração municipal o prefeito do governo anterior (até sua eleição como deputado federal em 1994), que havia assumido a presidência do Diretório Municipal do PT em 1993 e que passava a assumir, segundo Bisilliat (2004), uma postura de retração em relação ao Diretório Estadual e Federal. Tal postura desprestigiou os

acontecimentos discutidos no âmbito municipal: os problemas municipais não chegaram às outras esferas de discussão do PT. Problemas, relacionados à crise de autoridade semeada anteriormente, entre José Augusto e José de Fillippi Júnior, bloquearam a assunção de defesa e das críticas da administração pelo partido municipal. Todos estes fatores (disputas internas, inexperiência do partido em governar uma cidade, grandes demandas e nem tão significativos recursos, questões de legitimidade, entre outros) levaram à derrota do PT na seguinte eleição municipal, segundo a análise de Bisilliat (2004).

Este fato, como já relatado, ocorreu no período de 1997 a 2000, após três mandatos seguidos do Partido dos Trabalhadores, sob o governo do ex-prefeito Gilson Menezes; porém, através do Partido Socialista Brasileiro (PSB). Mesmo configurada vitória de outro partido, o processo social que desencadeou essa derrota do PT deu-se através de uma “série de conflitos entre o partido e a municipalidade e também no âmbito do partido; conflitos e lutas que marcaram a história de Diadema” (BISILLIAT, 2004, p. 30).

Segundo Bisilliat (2004), este advento da derrota do Partido dos Trabalhadores marcou profundamente a história do município; por este motivo, apesar do período de análise deste estudo voltar-se ao período de 2000 a 2011, é importante conhecer este movimento para possibilitar uma compreensão maior da situação da administração municipal no período escolhido. O Quadro 1 faz uma síntese dos governos (prefeitos, partidos e secretários de saúde) no período:

**Quadro 1 – Síntese dos anos de gestão, prefeitos, partidos e secretários de saúde
em Diadema de 1960 a 2013**

PERÍODO	PREFEITO	PARTIDO	SECRETÁRIO DE SAÚDE
1960 a 1964	Evandro Caiaffa Esquível	**	S/I
1964 a 1969	Lauro Michels	PTB - Partido Trabalhista Brasileiro	S/I
1969 a 1973	Evandro Caiaffa Esquível	Aliança Renovadora Nacional	S/I
1973 a 1977	Ricardo Putz	Aliança Renovadora Nacional	S/I
1977 a 1982	Lauro Michels	Movimento Democrático Brasileiro	S/I
1983 a 1988	Gilson Menezes	PT - Partido dos Trabalhadores	José Augusto da Silva Ramos
1989 a 1992	José Augusto da Silva Ramos	PT - Partido dos Trabalhadores	Maridite de Oliveira Arabela Fonseca de Oliveira
1993 a 1996	José de Filippi Júnior	PT - Partido dos Trabalhadores	Maridite de Oliveira Rodolpho Repulo Júnior
1997 a 2000	Gilson Menezes	PSB - Partido Socialista Brasileiro	Gilberto Natalini Rodolpho Repullo Júnior
2001 a 2004	José de Fillippi Júnior	PT - Partido dos Trabalhadores	José de Fillippi Júnior / Marilda Aparecida Moreira da Silva
2005 a 2008	José de Fillippi Júnior	PT - Partido dos Trabalhadores	Oswaldo Misso/ Marcos Estevão Calvo
2009 a 2011	Mário Wilson Reali	PT - Partido dos Trabalhadores	Aparecida Linhares Pimenta

Fonte: Prefeitura Municipal de Diadema / S/I - sem informação

Cabe ressaltar que, ainda segundo Bisilliat (2004), esta derrota do partido simbolizou a derrota da inexperiência do PT no poder: era a primeira vez que o partido tinha a tarefa de passar do discurso teórico à realidade da gestão de uma cidade. Por esse motivo, segundo Bisilliat (2004) os grandes conflitos que culminaram na derrota em 1996 foram fruto da dúvida e disputa na definição do corpo que deveria assumir o poder junto do prefeito:

Quem teria a legitimidade: os intelectuais pertencentes aos grupos de trabalho do Diretório Nacional e do Diretório Estadual do partido, “os de fora”, ou os militantes que se autoproclamavam responsáveis pela vitória, “os da terra”? A oposição entre “os da terra” e os de “fora”, entre o interior e o exterior, o privado e o público, os “mocinhos” e os outros, a necessidade de alteridade surge sempre sob formas infinitamente variadas. (BISILLIAT, 2004, p. 31)

Em outro foco, a gestão do período de 1997 a 2000, por ter se constituído como uma gestão fragmentada - representada mais por uma resposta negativa da população ao candidato do PT naquelas eleições do que propriamente uma vitória do candidato do PSB (BISILLIAT, 2004) –, apesar de manter as diretrizes políticas e não gerar grandes mudanças quantitativas, perdeu muito na qualidade de suas ações (BISILLIAT, 2004). Esse fato deveu-se, em grande parte, à desestruturação da gestão e também, em parte, à saída de bons profissionais da prefeitura, pois outras cidades naquela época já haviam elegido o PT para seus governos, para onde muitos migraram. (BISILLIAT, 2004). Assim, foi descrito o estado da municipalidade:

[...] quase todos os computadores haviam sido roubados, os prédios públicos estavam em péssimo estado de conservação, os ônibus quase impossibilitados de uso, as linhas telefônicas da Prefeitura haviam sido cortadas, o pessoal estava desanimado, sem alento. As finanças públicas encontravam-se em estado tão precário que durante quase dois anos – em

virtude da Lei de Responsabilidade Fiscal – a Prefeitura permaneceu sem direito a contrair empréstimos. (BISILLIAT, 2004, p. 31)

Enfim, para além do significado que se relaciona ao desenvolvimento dos instrumentos de gestão do poder do PT, em que pesa sua dita diretriz da época de delegar o poder *ao povo*, a derrota de 1996 possuiu outro significado de tão ou maior significância: denotou o aprendizado democrático do povo, que concretizou sua capacidade de implementar seu desejo na condução de seu território, como demonstrou o resultado das eleições (BISILLIAT, 2004). Esse fato foi de suma importância na caracterização do objeto de estudo desta análise, pois como será descrito, a Saúde Pública sempre foi objeto de prioridade da população e dessa forma, objeto de interesse político.

Para além desta constatação, foi possível verificar pela análise que o PT participou ativamente dos movimentos populares responsáveis pela grande maioria das conquistas em infraestrutura e políticas sociais da cidade. Daí sua permanência por tantos anos no governo municipal. A história deste ativo movimento social e consequentes conquistas e a atuação intensa e conjunta dos gestores locais no período serão abordadas no item do estudo que segue.

4.2 A SAÚDE PÚBLICA DIADEMENSE E A CONSTRUÇÃO DO SUS.

A construção do SUS em Diadema no período de 2000 a 2011 foi alicerçada, dentre outras variáveis, na contribuição do movimento popular, na representativa atuação dos gestores locais e na diversificada e intensiva realização de políticas e estratégias de saúde que acompanharam as diretrizes formuladas na evolução construção do SUS.

Tal caminho, seus atores, óbices e escolhas serão analisados nos subitens que seguem.

4.2.1 A Contribuição do Movimento Popular e dos Gestores Locais

Diadema era um lixo, não tinha hospital, tínhamos que comprar senha para passar no hospital. Não tinha médico. Eu comecei a pensar: eu pago meus impostos e eu posso cobrar. (DIADEMA, 2008a, p.11)

A Diadema dos anos 1970 foi assim descrita por um morador: uma cidade de precários recursos infraestruturais, em que a grande demanda da população era por saneamento básico e infraestrutura. Tais necessidades básicas originaram-se, em grande parte, na expansão populacional experimentada pelo município a partir da década de 1960 (DIADEMA, 2008a).

As conquistas em Saúde Pública do município foram alcançadas a partir do movimento popular, assim como a maioria dos recursos infraestruturais básicos da cidade. Especificamente, a parcela do movimento popular que reivindicava melhores condições de saúde era composta, em sua maioria, por mulheres que, na urgência de prover suas famílias de melhores condições, uniram-se para discutir as demandas da cidade.

Um dos primeiros focos de discussão e reivindicação era a destinação de lixo: não havia coleta, as mulheres enterravam seus lixos e preocupavam-se com a contaminação dos poços e as consequências dessa prática à saúde de suas famílias. O movimento fortaleceu-se ainda mais pela negativa da prefeitura em receber as solicitações dos moradores na época (DIADEMA, 2008a).

Na década de 1980 - em que a situação de urgência por investimentos em política de saúde municipal (dada a escassez de equipamentos públicos de saúde) somou-se ao contexto econômico negativo de altas taxas de inflação e escassez de recursos federais destinados à saúde pública – os moradores encontraram como saída exitosa para os problemas urbanos que enfrentavam a formação de comissões.

No início, as comissões tinham como objetivo realizar compras comunitárias (e fugir da fome gerada pelos altos preços dos chamados empórios) e, mais tarde, focaram-se em demandar à prefeitura as urgentes necessidades em saúde. Assim, nasceram as comissões de saúde municipais: a solidariedade vivenciada e os bons resultados alcançados pelos grupos motivavam ainda mais a participação popular no movimento e a desnutrição das crianças (principal alvo das compras comunitárias) fomentaram as discussões acerca da problemática da saúde (DIADEMA, 2008a).

Com o tempo, as comissões ganharam peso político e acabaram contribuindo para a eleição de governos que, naquela época, davam abertura à participação popular, como a primeira gestão do PT em 1982, através do prefeito Gilson Menezes - o que ampliou a eficácia do diálogo com o poder público. Foi a primeira vez que a prefeitura recebeu as comissões e o movimento popular. Tendo em vista o grande número de demandas, as comissões do movimento popular foram inquiridas a discutir as prioridades, e a primeira eleita foi a da construção dos postos de saúde (DIADEMA, 2008a).

Mais tarde, a necessidade de legitimar tais reivindicações e torná-las visíveis para a Secretaria de Saúde, através da formalização do diálogo com o poder público, motivou a criação e institucionalização dos Conselhos Populares de Saúde (na década de 1980) em paralelo à eleição de um governo que possuía naquela época, como diretriz, uma maior representatividade para a população. É importante salientar que esses Conselhos foram constituídos antes mesmo da instituição do SUS no Brasil. Esses Conselhos agiam nos bairros da cidade; atuavam ainda diretamente nas 8 unidades de saúde. Reuniam-se mensalmente com a direção das unidades, discutiam e participavam de palestras sobre temas de saúde e compartilhavam possibilidades de economia de subsistência (DIADEMA, 2008a).

Juntamente à eleição do Conselho Popular, foi criada também, em algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS's), uma Comissão de Saúde, ampliando o número de participantes nas discussões das necessidades sobre o tema, não perdendo assim a proximidade com as demandas locais (DIADEMA, 2008a).

Assim, sem mesmo haver ocorrido a publicação da Lei 8.142 de 1990 (que estabeleceu as formas de participação da população no SUS⁷), Diadema realizou em maio de 1987 o I Encontro Municipal de Saúde, onde se decidiu pela criação do primeiro Conselho Municipal de Saúde, via eleição direta da população (DIADEMA, 2011b).

Em 1989, já após a institucionalização do SUS, foi realizado o II Encontro de Saúde, em que o Conselho Municipal de Saúde participou ativamente das discussões acerca da criação e implantação do SUS. Em consequência disso, em 1992 foram criados por lei os dois Conselhos de Saúde da cidade (Conselho Popular de Saúde e Conselho Municipal de Saúde). Em 2011, o município de Diadema passou a contar com vinte e nove conselhos gestores, tripartites e paritários.

Após os anos da década de 1980 o diálogo entre a administração pública e a população ficou ainda mais fortalecido. Isso porque o poder público municipal passou a fortalecer os Conselhos Populares, dando apoio e fomentando esses movimentos. Assim, efetivou-se a vontade política em por em prática as reivindicações da população através da representação dos Conselhos Populares, que atuaram articuladamente tal como as secretarias municipais (DIADEMA, 2008a).

Com o passar do tempo, as discussões no Conselho de Saúde desenvolveram-se, ultrapassaram o campo das necessidades locais e começaram a adentrar

⁷ Antes da publicação da Lei 8.142/1990 que estabeleceu as formas de participação da população no SUS, havia (inclusive em Diadema), outras formas de participação social. Merecem destaque a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e a Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS), criadas no bojo das Ações Integradas de Saúde (AIS) – programa federal de 1984 que contribuiu para a reforma do sistema brasileiro de saúde. Tais organizações foram os embriões dos Conselhos de Saúde, Colegiados Regionais e Comissões Intergestores. Para compreender o processo de evolução estrutural das formas de participação social na saúde ver Cortes (2002) e Tanaka et al (1992).

problemáticas acerca das políticas públicas municipais de saúde e sua própria estruturação:

‘O que ocorria é que as comissões de saúde discutiam as questões da saúde, mas as políticas de saúde também. Isso tudo é anterior ao Sistema Único de Saúde (SUS). O que acontecia de legal é que as Unidades Básicas de saúde discutiam as questões ligadas à saúde. As comissões se juntavam com as pessoas ligadas às unidades básicas e discutiam estas questões. Essas comissões começaram a discutir o regimento do conselho, o treinamento do conselho, o processo eleitoral.’ (DIADEMA, 2008a, p.18 – 19).

Desta forma, a Saúde Pública de Diadema desenvolveu-se com forte participação popular, conseguindo vencer até mesmo momentos da administração pública em que não se favoreceu a participação. O saldo registrado na história foi o de que o movimento popular de Diadema conseguiu atingir o objetivo de auxiliar a construção de um sistema que atendesse às necessidades de saúde da população local.

Enfim, este relato foi uma marca fundamental do processo de fundação do sistema público de saúde de Diadema: a participação do movimento popular. Esta foi uma das fundamentais bases que constituíram as políticas de saúde municipais do município.

Por tanto, ficou evidenciado que a estrutura e a lógica do sistema municipal de saúde (e, conseqüentemente seus custos) foram significativamente pautadas pela história de mobilização e pujança da participação do movimento popular e segundo a estratégia que o PT à época foi capaz e produzir como resposta a essa mobilização, seja por compromisso ou até mesmo por necessidade eleitoral.

Estes fatores foram muito importantes nesta construção, porém, é preciso destacar ainda a intensa e reconhecida participação dos gestores municipais, que ao longo da história da construção do sistema de saúde municipal de Diadema, atuaram de maneira determinante no movimento de secretários municipais de saúde e no processo de municipalização.

Como exemplo há de se citar a participação protagonista do então secretário de saúde José Augusto da Silva Ramos na estruturação da Associação Paulista de Secretários Municipais de Saúde Dr. Sebastião de Moraes, que mais tarde em 1996 passou a se denominar Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS-SP) (COSEMS, 2013).

Os demais secretários que se seguiram também participaram ativamente do COSEMS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Na grande maioria dos anos os secretários de saúde municipais participaram da Comissão Intergestores Bipartite e Tripartite (CIB e CIT). Gilberto Natalini foi presidente do COSEMS (de 1997 a 1999) e CONASEMS e a Aparecida Linhares Pimenta foi vice-presidente do CONASEMS (COSEMS, 2013).

Exemplo desta articulação é a adesão de Diadema, na primeira leva de municípios, à Norma Operacional Básica 93 (NOB 93). O mesmo ocorreu à Norma Operacional Básica 96 (NOB 96), Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e Pacto pela Saúde.

Por tanto, a intensa e articulada participação do movimento de secretários municipais de saúde e a assunção da luta pela municipalização também contribuíram de maneira tão quão importante ao movimento popular na construção do SUS de Diadema.

4.2.2 A Evolução das Políticas Municipais de Saúde entre 2000 e 2011

Tendo em vista o processo base de constituição da política municipal de saúde pública de Diadema, é possível descrever por quais caminhos a gestão em saúde das administrações municipais no período de análise (2000 a 2011) desenvolveram as políticas e estratégias em saúde, quais foram suas escolhas e resultados.

A partir da análise das políticas e estratégias implementadas no período, será possível identificar a evolução das dimensões da sustentabilidade do sistema municipal de saúde (de estrutura e de processo).

O ano de 2000, significativamente marcado pela transição de partidos no comando do governo municipal, foi assolado por grandes dificuldades de gestão e estruturação da municipalidade, o que gerou efeitos na política de saúde que não conseguiu manter-se no ritmo acelerado de desenvolvimento (DIADEMA, 2011b).

Em 2001, já em um novo governo, sob comando de José de Fillippi Júnior, a capacidade de investimento municipal estava prejudicada. Assim, “foi preciso aperfeiçoar a máquina pública e implementar um plano de políticas públicas integradas” (DIADEMA, 2011b, p.49). Mais além, em 2002 elegeu-se o presidente Luís Inácio Lula da Silva do PT, sendo este o marco inicial de captação de verbas significativas com o Governo Federal.

Na área da saúde, tendo em vista a desconstrução e precariedade da prefeitura dos anos anteriores, e a parceria com o governo federal, entre 2001 e 2004, foram reformadas as 14 Unidades Básicas de Saúde e ainda foi construída mais uma; o

Hospital Municipal ganhou mais uma unidade pediátrica; foi inaugurado um novo Pronto Socorro e ampliou-se o Programa Saúde em Casa (iniciado em 1997 no município) (DIADEMA, 2011b).

Mais além, foi iniciada a construção do Quarteirão da Saúde - ambulatório de especialidades médicas de mais de 19mil km², serviço ambulatorial de média e alta complexidade, com grande investimento em tecnologia de ponta e serviços diagnósticos, inclusive com um Centro Cirúrgico Ambulatorial para realização de vídeo cirurgia e hospital dia. No ano de 2001 foi inaugurado o Hospital Estadual Diadema (também conhecido como Hospital Serraria). Porém, assim como será analisado nos itens seguintes do estudo, tal hospital permaneceu no período sob a gestão estadual, apesar da intensa reivindicação da gestão local em transferir sua gestão para a responsabilidade municipal (DIADEMA, 2011b).

Na Saúde Bucal, o município continuou os investimentos e estruturação da política estabelecida a partir da I Conferência Municipal de Saúde Bucal realizada em 1993. Tal política municipal atingiu resultados tão exitosos que o governo do Estado adotou a metodologia de classificação de risco utilizada para organização destas políticas preventivas e assistenciais para os 645 municípios que compreende. Em 2004, 56% das crianças na faixa dos cinco anos de idade estavam livres de cáries e o índice CPO-D (cariados/perdidos/obturados por dente) na faixa dos 12 anos chegou a 0,88, o que representou aproximadamente um terço do índice do Estado e do país (DIADEMA, 2011b).

Porém, é preciso salientar que não há registro em fontes oficiais municipais e do Ministério da Saúde de Relatórios Anuais de Gestão no período de 2000 a 2004.

No período de 2004 a 2008 com a reeleição de José de Fillippi Jr do PT, o maior feito da administração na área da saúde foi a inauguração do Quarteirão da Saúde em 2008 (DIADEMA, 2011b).

No ano de 2005 as ações que mais se destacaram foram: ampliação da equipe técnica de gestão do Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde, possibilitada por uma reforma administrativa da Prefeitura⁸; início do processo de planejamento de reforma do modelo de organização da rede básica de assistência à saúde; realização de concursos públicos e contratações de emergência para médicos e outros profissionais; informatização do atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com a vinda de equipamentos do Ministério da Saúde; inauguração da nova sede de uma Unidade Básica de Saúde (UBS Maria Tereza); realização da VI Conferência Municipal de Saúde e das pré-conferências; realização de nova eleição do Conselho Popular de Saúde.

A reorganização da rede básica baseou-se nas novas diretrizes para a Atenção Básica implantada pelo Ministério da Saúde.

Em 2005, foram desenvolvidas ainda outras ações relativas ao aprimoramento dos processos e fluxo de acesso, como por exemplo, o desenvolvimento de protocolos clínicos, linhas de cuidado, capacitações e implantação do Programa de Educação Permanente (DIADEMA, 2005).

⁸ No ano de 2005 destacou-se a Reforma Administrativa da Secretaria de Saúde, realizada com o objetivo de adequar o quadro de cargos à realidade de produção do sistema municipal de saúde (que no decorrer dos anos já havia ampliado as ofertas de serviços e contratação de pessoal) e às novas diretrizes da política nacional de saúde do Ministério da Saúde, através de publicação e implementação de lei municipal - Lei Complementar nº 215 de 12 de maio de 2005 estabeleceu a nova organização da estrutura administrativa da Prefeitura do Município, com reflexos na organização da Secretaria Municipal de Saúde. A partir da implementação da Lei, foram reestruturadas e criadas as seguintes coordenadorias: Coordenadoria de Atenção Hospitalar, Coordenadoria de Atenção Básica, Coordenadoria de Atenção Especializada, Coordenadoria de Vigilância em Saúde, Coordenadoria de Gestão Estratégica e Coordenadoria de Apoio à Gestão. Cada coordenadoria subdividiu-se em Divisões adequadas às operações e serviços existentes de cada coordenação (DIADEMA, 2005).

Neste ano de 2005 as principais dificuldades apontadas pela gestão da Secretaria de Saúde foram: enfrentamento ao modelo de atenção; as ruins condições estruturais para o desenvolvimento das ações; a estrutura de gestão e o financiamento das ações de saúde (DIADEMA, 2005).

Em 2006 destacaram-se os processos relacionados à reforma do modelo de atenção⁹ voltados à implementação da Política Nacional de Atenção Básica no município (compras de equipamentos, reestruturação de espaços físicos e incorporação de novos profissionais na equipe técnica, ampliação do quadro dos agentes comunitários de saúde, discussões e formação acerca do princípio norteador de territorialização, curso técnico para os agentes comunitários de saúde) e início do processo de reestruturação do fluxo de agendamento de exames - que passou gradualmente de atendimento telefônico para atendimento via acolhimento nas UBSs (DIADEMA, 2006).

Para além da área da Atenção Básica foram realizadas outras ações significativas em 2006, em que se destacaram: a continuidade das obras de construção do Quarteirão da Saúde; contratação de médicos especialistas; entrega do novo espaço do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ); habilitação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) junto ao Ministério da Saúde; implantação do Núcleo de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde (CONVIVA sem violência) com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde;

⁹ Este processo de transição das unidades de saúde clássicas para a Estratégia de Saúde da Família, que foi amplamente discutido no ano de 2006, pautou-se na valorização das Unidades Básicas já existentes (principalmente no que se refere à estrutura física, equipamentos, profissionais e cultura) coma incorporação progressiva das ESF, buscando através deste processo solidificar o vínculo com seus territórios e populações. A meta traçada foi a de alcançar 100% de população beneficiada pelas ESFs em cada uma das UBS, inserindo ainda também Equipes de Saúde Bucal, com meta de 1 ESF para cada 1 ESB. Destaca-se ainda que este novo modelo de atenção foi pactuado com o Conselho Municipal de Saúde quando do debate acerca do Plano Municipal de Saúde, e seguiu os princípios do SUS e da Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DIADEMA, 2006)

aprovação do Plano Municipal de Assistência Farmacêutica (ampliação do quadro de profissionais, construção da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), implantação de projeto piloto de distribuição de medicamentos em casa); aprovação do Plano Municipal de Saúde pelo Conselho Municipal de Saúde; seminários e capacitações voltadas para o aprimoramento dos processos de trabalho e fluxos de acesso; e foram desenvolvidas políticas intersetoriais como a construção das linhas de cuidado (DIADEMA, 2006).

Em 2007¹⁰ destacaram-se políticas e estratégias aprovadas pela V Conferência Municipal de Saúde. Desta forma, as ações implementadas no ano voltaram-se à ação prioritária planejada de “Reorganização da Atenção Básica e Expansão da Estratégia de Saúde da Família”.

Porém, o processo de construção do planejamento identificou a necessidade de captação de recursos e detalhamento do projeto no que concerne a sua sustentabilidade financeira. Isso porque, as ações planejadas indicavam a necessidade de expansão do número de profissionais e investimento em estrutura física, equipamentos e mobiliários para as Unidades Básicas de Saúde, a qual a gestão da Secretaria de Saúde, no momento, identificava como inviáveis. Principalmente se fossem custeadas somente com recursos próprios do município. Apesar desse diagnóstico, houve habilitação de 75 Equipes de Saúde da Família, 450 Agentes Comunitários de Saúde, 56 Equipes de Saúde Bucal tipo I e 19 equipes de Saúde

¹⁰ A partir do ano de 2007, o Relatório de Avaliação da Gestão apresentou, além das principais políticas e estratégias de saúde implementadas no ano, o acompanhamento dos compromissos e indicadores do Pacto pela Saúde, seguindo a normativa do Ministério da Saúde publicada pela Portaria do Gabinete do Ministro nº 399 e nº 699 dos meses de fevereiro e março de 2006, complementadas pelas instruções contidas na Portaria do Gabinete do Ministro nº 91 de janeiro de 2007. Tais portarias unificaram o processo de pactuação de indicadores e instituíram o Relatório de Indicadores de monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde (DIADEMA, 2007).

Bucal tipo II junto à Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e Ministério da Saúde (o que gerou incremento significativo dos repasses do Ministério no Piso de Atenção Básica Variável) (DIADEMA, 2007).

No que se refere à estrutura física da rede básica, foram realizadas em 2007 reformas em 5 Unidades Básicas de Saúde e planejadas mais 19 reformas junto à Secretaria de Obras. Foram adquiridos ainda computadores, impressoras, mobiliários, autoclaves, câmaras de vacinas, seladoras, divãs ginecológicos, focos, laringoscópio, entre outros equipamentos para as Unidades Básicas de Saúde, além da compra de uniformes e mochilas para todos os agentes comunitários de saúde. Através das aquisições foram montados 31 novos consultórios de Saúde Bucal. Para além desta expansão, foi ainda ampliado o horário de funcionamento da UBS Centro para 21 horas de atendimento (DIADEMA, 2007).

Em 2007 houve também expansão do número de profissionais da Rede Básica. Para tanto, foram realizadas seleções e contratação de pessoal por meio de concursos públicos e seleções: contratação de Auxiliares de Enfermagem e Agentes Administrativos para as Unidades (permitindo reorganização de Farmácias, Recepções e Áreas Administrativas e correção de desvios de função nas UBS); realização de dinâmicas em conjunto com a UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo) para finalização dos processos de seleção e contratação dos agentes comunitários de saúde; contratação de dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal, médicos e enfermeiros para as Equipes de Saúde da Família. Para além desta expansão, foi extinta a prestação de serviços através da Cooperativa de Médicos nos Pronto Atendimentos das Unidades Eldorado e Paineiras, promoção do acesso de Auxiliares ao cargo de Técnicos de Enfermagem e elaboração e aprovação da Lei

Complementar de gratificação para Cirurgiões Dentistas da Estratégia de Saúde da Família (DIADEMA, 2007).

Na área da Atenção Básica em 2007, para além da expansão de serviços e pessoal (dimensão de estrutura da sustentabilidade), houve ações voltadas ao aprimoramento dos processos e fluxos (dimensão de processo da sustentabilidade) como a implantação do projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (através de questionários de avaliação aplicados à gestão e equipes de saúde das Unidades), e a implantação de apoio regional por meio da definição de um Apoiador da Coordenação de Atenção Básica para cada grupo de UBSs.

Houve outras ações e estratégias que se destacaram em 2007 referentes às demais grandes áreas, como: visita de 30 conselheiros do Conselho Popular de Saúde à cidade de Belo Horizonte (com o objetivo de conhecer o modelo de atuação da Estratégia de Saúde da Família); desenvolvimento de Ações Intersetoriais em projetos com a Secretaria de Educação; reforma do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Centro para adequação à implantação nos moldes de um CAPS nível III; implantação do Ambulatório Psiquiátrico Infantil; aprovação e publicação da primeira edição da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME); habilitação da Farmácia Notificadora do Centro de Apoio Psicossocial; e integração das áreas de Avaliação e Controle, Auditoria e Central de Vagas com a ampliação do quadro de profissionais (médicos reguladores e corpo administrativo) da Central Municipal de Regulação. Para além disso, o município foi premiado pelo Programa Estadual de Tuberculose por atingir 88,4% de casos curados no ano anterior (DIADEMA, 2007).

Em 2007, outro fator de grande representatividade estabeleceu-se no município. Foi assinado o Pacto pela Saúde, que também foi pactuado no Conselho Municipal de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite (Diadema foi um dos primeiros municípios a aderir ao Pacto pela Saúde). Através da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, o município pactuou um conjunto de responsabilidades sanitárias (DIADEMA, 2007).

Dentre as ações e estratégias desenvolvidas em 2008, destacou-se a continuidade do processo de redefinição das áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde e das áreas de responsabilidade das Equipes de Saúde da Família, além das ações de otimização de infraestrutura relativas à continuidade da reforma do modelo de atenção iniciado em 2006.

Assim foram reformadas 9 Unidades Básicas de Saúde e uma finalizou o ano em processo de reforma (Unidade de Saúde em Casa Nova Conquista); foi implantada a UBS Nações, dividindo o terreno com o Hospital Infantil, que ganhou também nova equipe e redimensionamento de sua estrutura para adequação a sua realidade de demanda; foi iniciada a construção da UBS Conceição (dividirá a população de abrangência com as Unidades Serraria e Parque Real); foi ampliado, até as 19 horas, o horário de atendimento de 3 Unidades; foram renovados 95% dos consultórios dentários e adquiridos outros 12 consultórios e periféricos para ampliação do atendimento em saúde bucal; foram ainda instalados 99 novos computadores e 77 impressoras (DIADEMA, 2008).

A Rede Básica na área de Recursos Humanos¹¹ destacou-se em 2008 pela contratação de mais de 400 profissionais, entre administrativos, enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde, o que possibilitou a adequação dos serviços administrativos, farmácia, recepção e ampliação da atuação da Estratégia de Saúde da Família. Também houve remanejamento de profissionais já contratados para que o sistema pudesse se adequar, com menor custo, ao novo modelo de atuação (Estratégia de Saúde da Família). Ressaltou-se que a maioria das contratações foi realizada via concurso público, exceto para os cargos de Agente Comunitário de Saúde e Médicos Generalistas (DIADEMA, 2008).

Tendo sido expandido o número de profissionais, ainda em 2008, foram desenvolvidas estratégias que buscavam a qualificação das ações da Rede Básica. Essa qualificação deu-se através de debates entre gestores e profissionais de saúde, supervisão de equipes, instauração do processo de educação permanente, implantação de Prontuário Familiar, construção de protocolos de atendimento, realização de apoio matricial à rede básica, continuação do processo de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ) e ações de acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações de Atenção Básica.

¹¹ Ademais, no ano de 2008, foi publicada a Lei Municipal que reduziu a carga horária semanal de todos os cargos de nível superior de 40 para 30 horas semanais. Porém, tendo em vista a necessidade de manutenção dos profissionais de Atenção Básica, foi também publicada Lei Municipal Complementar que permitiu a adoção de 8 horas semanais para os enfermeiros da Atenção Básica e respectivo aumento salarial compatível com a nova estrutura do cargo. Mais tarde, outra Lei Municipal complementar foi publicada estendendo esta permissibilidade e ganho salarial para os cargos de psicólogos, fonoaudiólogos e assistentes sociais, com o intuito de manter as equipes de apoio à Estratégia de Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde. Para a categoria de Cirurgiões Dentistas, foi publicada Lei que concedeu gratificações para os profissionais que realizassem 40 horas semanais. Desta forma, objetivou-se com êxito que houvesse ampliação da carga horária destes profissionais e ampliação da oferta de serviços de saúde bucal, dado que a carga horária reduzida constituía-se como um gargalo na estratégia de ampliação dos serviços de Saúde Bucal. Nesta linha, também foi aprovado projeto de Lei para o enquadramento dos auxiliares de enfermagem para o cargo de técnicos de enfermagem, o que resultou em ganhos salariais significativos para esta categoria. Com essas estratégias a cobertura das Estratégias de Saúde da Família Saúde Bucal cresceu significativamente entre 2005 e 2008 (DIADEMA, 2008).

A expansão da Rede de Atenção Básica deu-se também por meio de cadastro junto ao Ministério da Saúde de 6 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os recursos financeiros advindos do recadastramento contribuíram para custear os aumentos de jornada e salários de enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e fonoaudiólogos.

Porém, o maior marco do ano de 2008 foi a inauguração do Complexo do Quarteirão da Saúde. Para tanto, foi necessário o estabelecimento de parcerias com instituições filantrópicas para prestação de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia para o Quarteirão da Saúde (Santa Casa de Misericórdia, Instituto Paulista de Estudos e Pesquisas em Oftalmologia - órgão suplementar da Universidade Federal de São Paulo, Fundação ABC, e Fundação Instituto de Pesquisa e Estudo de Diagnóstico por Imagem - órgão suplementar da Universidade Federal de São Paulo) e continuidade da aquisição de equipamentos para o Complexo do Quarteirão da Saúde (DIADEMA, 2008).

É importante destacar que o advento da implantação do Quarteirão da Saúde proporcionou a ampliação de serviços especializados já existentes no município e que funcionavam abaixo da demanda municipal e em estruturas pouco adequadas (Ambulatório de Especialidades Médicas, Ambulatório de Ortopedia e Centro Especializado de Odontologia) através de contratações de novos especialistas nas áreas de obstetrícia de alto risco, cirurgia ginecológica e otorrinolaringologia.

A incorporação tecnológica possibilitou a prestação de novos serviços que antes eram prestados pelas referências estaduais ou (em pequena proporção) em serviços privados (contratados). Nesta linha pode-se citar: acupuntura, ginecologia cirúrgica com disponibilidade de indicação de histeroscopias no Centro Cirúrgico

Ambulatorial (CCA), consulta de nutrição e atendimento em grupo para apoio à endocrinologia. Destacou-se ainda a produção do Centro de Cirurgias Ambulatoriais e o aumento de produção do Laboratório de Análises Clínicas, que incrementou sua produção dada a nova estruturação física e tecnológica proporcionada na estrutura do Quarteirão da Saúde e complementada por duas unidades satélites no Pronto Socorro e Hospital Municipal de Diadema (DIADEMA, 2008).

No que se refere às demais grandes áreas de coordenação, no ano de 2008 destacaram-se as seguintes estratégias implementadas: mudança do Pronto Socorro Municipal, dos três serviços da Coordenadoria de Vigilância Sanitária e da Central Municipal de Avaliação, Controle e Regulação, em novo espaço (no Complexo do Quarteirão da Saúde); ampliação do quadro de profissionais do Pronto Socorro; mudança do Centro de Referência em DST/HIV/Aids e Hepatites para um novo espaço, com uma melhor estrutura e que possibilita melhor acesso aos seus usuários; abertura de 16 leitos de observação pediátrica e implantação da Enfermaria Pediátrica com 25 leitos (regulados pelo SAMU) no Pronto Socorro Central; implantação de três CAPS tipo III com atendimento 24 horas, em detrimento do único CAPS (que funcionava em horário comercial); mudança do CAPS Álcool e Drogas para um espaço mais adequado e ampliação do número de funcionários para início do atendimento nos moldes de Hospital Dia; contratação de 45 novos profissionais entre psiquiatras, corpo de enfermagem, profissionais de nível superior e outros para a área de saúde mental; aumento do quadro de profissionais denominados Agentes de Vigilância à Saúde; expansão do Programa Medicamento em Casa; inauguração da Farmácia Central; e início da implantação da Política Nacional de Humanização pela Escola de Saúde (DIADEMA, 2008).

Na área de Gestão Participativa, em 2008, foi promovido curso de formação e capacitação de conselheiros de saúde e lideranças populares de Diadema, realizado por meio de um convênio com o Ministério da Saúde. Este convênio produziu não somente um curso de capacitação dos conselheiros e lideranças populares, mas também um vídeo documentário sobre esse processo, um Seminário Popular de Saúde e a publicação de uma revista (DIADEMA, 2008).

Em continuidade à assinatura do Pacto pela Saúde, realizado no ano anterior, em 2008, a Secretaria de Saúde realizou acompanhamento e avaliação dos compromissos assumidos no Pacto, cumprindo as metas em mais da metade deles. Para os compromissos em que não foi possível a realização das ações, foi estabelecida nova pactuação (DIADEMA, 2008).

Em 2008 foi elaborada ainda a Programação Pactuada Integrada (PPI) no Estado de São Paulo. O município de Diadema participou deste processo de construção e assinou o Termo de Compromisso de Garantia de Acesso ao final do ano. Tal processo de pactuação incidiu em um decréscimo de 1,05% do Teto financeiro da Média e Alta Complexidade (aproximadamente no valor de 370 mil reais/ano) com o objetivo de reduzir as iniquidades regionais (DIADEMA, 2008).

Na análise das políticas de saúde implementadas no ano de 2009, além da aprovação do Plano Municipal de Saúde de 2009-2012 pelo Conselho Municipal de Saúde, destacou-se outra mudança no processo de planejamento e gestão das políticas da rede de saúde municipal: a utilização das prioridades do Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS como traços condutores das políticas de saúde implementadas, sendo estas monitoradas e avaliadas no Relatório de Gestão de

2009 a partir também desta ótica. Para além destes objetivos a gestão inseriu alguns outros itens relativos à demanda local (DIADEMA, 2009).

Ainda no que se refere ao Modelo de Gestão, em 2009 houve o estabelecimento de uma metodologia de planejamento construído de forma coletiva, dado que houve mudança da gestão da Secretaria Municipal de Saúde (assumindo o posto do secretariado a Dra. Aparecida Linhares Pimenta).

Assim, foi formado um Colegiado Gestor com agenda de reuniões semanais e foram fortalecidos os cinco colegiados já existentes (Atenção Básica, Gerentes das Unidades Básicas de Saúde, Quarteirão da Saúde, Vigilância em Saúde, Saúde Mental e Urgências e Emergências). Ademais, foram constituídos Grupos de Trabalho que tinham como objetivo ações na área de Informática, promoção do uso racional de medicamentos e pactuação dos protocolos de acesso. O principal produto desses grupos foi o de construir o Plano Municipal de Saúde 2009-2012. Ainda neste ano a gestão foi mais uma vez ganhadora do prêmio estadual de “Qualidade nas ações de prevenção à Tuberculose” (DIADEMA, 2009).

Porém, enfrentou-se mais uma vez a problemática da ausência de profissionais médicos. No Pronto Socorro, no decorrer do ano houve perda de profissionais médicos, no montante de 460 horas mensais, o que dificultou a manutenção de operação do serviço. Como solução, adotou-se uma rotina de rodízio entre médicos de algumas especialidades (DIADEMA, 2009).

Outro importante entrave à condução do sistema municipal de saúde no ano de 2009, foi a ocorrência de sequestros judiciais de receitas (inclusive de recursos de transferências para saúde) que comprometeram severamente a capacidade de investimento da administração municipal, tendo em vista que foram sequestrados no

ano o montante de R\$38 milhões, aproximadamente 7% do montante das receitas líquidas do ano do município segundo informações da Agência de Notícias do SEBRAE, (SEBRAE, 2010).

Em outra perspectiva, mesmo enfrentando tais problemáticas, com o objetivo de fortalecer a Atenção Básica, a gestão em saúde em 2009 expandiu a Estratégia de Saúde da Família às Unidades Básicas que ainda não contavam com o programa, através da ampliação do quadro de agentes comunitários de saúde e enfermeiros. Mais além, foram ainda inseridos de maneira articulada nas equipes médico pediatra, ginecologista e clínico geral. Assim, ao final do ano, houve ampliação do número das equipes e agentes comunitários de saúde cadastrados no Ministério da Saúde para recebimento dos incentivos (DIADEMA, 2009).

No campo estrutural da Rede Básica, destacaram-se em 2009 as seguintes ações: inauguração da Unidade Básica de Saúde Conceição; início das obras de construção da Unidade Básica Jardim ABC; estabelecimento de convênio com o Ministério da Saúde para construção da UBS Campanário; licitação para realização da obra de reforma da Unidade Básica do Serraria, estabelecida através de convênio com Ministério da Saúde; aquisição de equipamentos e mobiliários para as 19 Unidades Básicas através de convênio com o Ministério da Saúde; e ampliação da atuação das equipes de Saúde Bucal (inserção do procedimento de endodontia de dentes anteriores, acompanhamento de paciente especial, entre outros) (DIADEMA, 2009).

As demais grandes áreas de coordenação também realizaram em 2009 ações de expansão da dimensão de estrutura, em que se destacaram: ampliação do

Programa de Volta para Casa¹² com o objetivo de beneficiar pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos; habilitação de um CAPS tipo III neste ano; início do processo de cadastramento de quatro leitos da UTI (Unidade de Terapia Intensiva) Pediátrica nível II; reforma integral da maternidade do Hospital Municipal de Diadema; início do processo de reclassificação da UTI Neo Natal (reclassificando 6 leitos existentes para nível II – gerando impacto financeiro no faturamento do Hospital); e ativação do Centro Cirúrgico Ambulatorial no Quarteirão da Saúde¹³ (DIADEMA, 2009).

Em 2009 foram também significativas e diversificadas as ações em prol da otimização dos fluxos de acesso e processos de trabalho. Os principais destaques foram: reorganização da Central de Remoções¹⁴; criação da Comissão de Farmácia Terapêutica, que iniciou o processo de avaliação da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME); implantação de Linhas de Cuidado - Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus; desenvolvimento de protocolos; capacitações e treinamentos; monitoramento dos sistemas de informação; estabelecimento de novas formas de atuação das inspeções de vigilância sanitária, em que se destaca a ação intersetorial com a Secretaria de Educação na implementação do Manual de Procedimentos em Creches; realização do Inquérito Nacional de Violências e Acidentes dos Serviços de Urgência e Emergência da cidade (VIVA); realização de Ciclo de Oficinas de Regulação, Avaliação e Controle em cogestão

¹² Neste programa, os usuários ou representantes legais receberam um pagamento mensal de auxílio pecuniário em que o município responsabilizou-se pela atenção integral em saúde destes pacientes em programas extra-hospitalares (DIADEMA, 2009)

¹³ Assim, todas as cirurgias eletivas que eram realizadas no Hospital Municipal pela Clínica Cirúrgica foram transferidas para o novo espaço, dando possibilidade de ampliação dos casos de urgência e emergência acolhidos pelo Pronto Socorro do Hospital (DIADEMA, 2009).

¹⁴ Central de Remoções: serviço de remoções de pacientes entre as Unidades de Pronto Atendimento e as Unidades Básicas de Saúde. Com essa reestruturação, o tempo de espera pela remoção passou de uma hora e meia para pouco mais de vinte minutos.

com a Coordenação da Atenção Básica e Direção do Quarteirão da Saúde em todas as Unidades de Produção em Saúde; ações de promoção da saúde por meio de políticas que objetivam estimular a alimentação e hábitos saudáveis e atividades físicas visando à redução do sedentarismo; e criação do Programa de Envelhecimento Saudável¹⁵ (DIADEMA, 2009).

Para contemplar o objetivo de fortalecer a participação social e a defesa do SUS, em 2009 foi realizado o Evento dos 20 anos do SUS, em que foi lançada a Revista “Participação Popular e Controle Social em Saúde” com a participação ativa dos Conselhos de Saúde da cidade. Ainda, o Plano Municipal de Saúde contemplou como objetivo a participação da população no planejamento e acompanhamento da execução das ações de saúde, em que se mantiveram as reuniões mensais de prestação de contas do Fundo Municipal de Saúde, que em 2009 somaram um total de 12 reuniões ordinárias (DIADEMA, 2009).

As políticas de saúde realizadas em 2010, também foram avaliadas no Relatório Anual de Gestão através das prioridades estabelecidas no Pacto pela Saúde e prioridades locais, seguindo a metodologia utilizada em 2009 (DIADEMA, 2010).

A gestão do sistema municipal de saúde¹⁶ em 2010 identificou como um importante problema a escassez de médicos e necessidades de aumento de pessoal

¹⁵ Política intersetorial que une esforços das Secretarias de Saúde, Assistência Social, Esporte, Segurança Alimentar e Nutricional, Cultura e Planejamento e Gestão Pública (DIADEMA, 2009).

¹⁶ Em 2010, a gestão apontou que a Programação Anual de Saúde foi referendada como princípio norteador das ações desenvolvidas. Desta forma, sua avaliação passou a ser registrada também no Relatório de Avaliação da Gestão deste ano. A maior parte das ações programadas para o ano de 2010 constituíram-se como ações estratégicas e, por esse motivo, caracterizaram-se como ações processuais que se inseriram na construção permanente da gestão no SUS. Desta forma, são objetivos permanentes, em que não cabe o planejamento estruturado em início, meio e fim. No que tange às prioridades pactuadas no Pacto pela Saúde (as prioridades nacionais e as prioridades elencadas localmente segundo Plano Municipal de Saúde), o Relatório Anual de Gestão de 2010 registrou a avaliação de todas as prioridades apontando inclusive perspectivas de direção futura das políticas realizadas na rede de saúde municipal (DIADEMA, 2010).

para a maioria das áreas, em que se pode citar: a falta de médicos plantonistas na área de urgências e emergências; dificuldade de manter uma direção no Pronto Socorro; perdas da Direção Administrativa do Hospital Municipal de Diadema; perda da coordenação do CRT (Centro de Referência e Tratamento de DST/Aids); perda da direção de um dos CAPS; necessidade de adequação do quadro de enfermagem na área de saúde mental;

A escassez de médicos foi um problema considerado pela gestão em 2010 como de dimensão nacional e regional. Isso porque, apesar do município ter realizado dois processos seletivos e dois concursos públicos para médicos no município, o número de inscritos ficou abaixo das necessidades do quadro para esta categoria. Uma das causas identificadas pela gestão foi o aumento salarial para categoria praticado pelos municípios da região. Tal estratégia era inviável orçamentária e financeiramente para o município de Diadema, dada sua situação econômica restritiva (DIADEMA, 2010).

Assim, a falta de médicos e a situação econômica restritiva vivenciada pela Secretaria Municipal de Saúde constituíram-se como os principais obstáculos da gestão relacionados no ano de 2010. A gestão diagnosticou que o problema orçamentário e financeiro advinha do elevado custo de manutenção da rede de saúde municipal para o tesouro municipal por ser caracterizada por uma estrutura diversificada e complexa. Mais além, a gestão do sistema de saúde em 2010 caracterizou como ausente os recursos da esfera estadual e insuficientes os recursos transferidos pelo Governo Federal, ficando assim ao cargo do município arcar com grande parcela destas elevadas despesas. No entanto, durante o ano de 2010, todos os serviços foram mantidos em funcionamento (DIADEMA, 2010).

Apesar dos problemas acima relacionados, em 2010, houve significativo avanço na Área Administrativa e Financeira. Com o objetivo de assumir a gestão orçamentária e financeira do Fundo Municipal de Saúde em 2011, a área se reestruturou internamente, buscou maior articulação com a Secretaria de Finanças e intensificou seu processo de planejamento e decisão através da criação de um Colegiado para discussão de assuntos da área. Essas alterações na estrutura de funcionamento da área otimizaram os processos de monitoramento da execução orçamentária e financeira, reduziram o tempo de tramitação dos processos de compra e contratação de serviços e articularam mais eficientemente a área de compras e suprimentos da área (DIADEMA, 2010).

Outro avanço deu-se na área do Departamento de Gestão de Pessoas, que em 2010 aprimorou os instrumentos de monitoramento mensal do quadro de pessoal da Secretaria de Saúde, que se tornaram importantes norteadores da tomada de decisão da gestão (DIADEMA, 2010).

No que se refere ao Pacto da Saúde a Secretaria, em 2010, buscou dar continuidade em suas ações e estratégias voltadas à implementação dos princípios do SUS, tais como a universalidade, a integralidade, a equidade e o controle social, através de participação tripartite do financiamento. No ano de 2006, uma das principais estratégias aprovadas pela Comissão Intergestores Tripartite foi a construção de regiões de saúde através da articulação dos gestores municipais de cada região e pela representação da Secretaria Estadual de Saúde, via trabalho dos Colegiados de Gestão Regional. Desta forma, a Secretaria Municipal de Diadema participou deste Colegiado Regional do Grande ABC e a secretária de saúde em exercício foi eleita como representante deste Colegiado no conselho de

Representantes Regionais do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS. No Colegiado Regional, Diadema participou da Câmara Técnica, do Núcleo de Educação Permanente e Grupo Técnico de Regulação da Saúde (DIADEMA, 2010).

No que se refere às referências regionais, a gestão apontou que, no ano de 2010, um dos principais obstáculos que teve de gerenciar foi a falta de médicos no Pronto Socorro Municipal e o esquema de funcionamento “porta fechada” da principal referência regional do município, o Hospital Estadual Diadema (conhecido também como Hospital Serraria). Sem este apoio, sem conseguir contratar médicos para as unidades de pronto atendimento e sem ter como elevar o salário oferecido para os médicos devido às restrições orçamentárias e financeiras, a gestão do sistema municipal de saúde de Diadema não foi tranquila, tal como diagnosticado no Relatório Anual de Gestão.

Apontou-se ainda que a regulação do Hospital Estadual Diadema era realizada pelo próprio hospital, e não por sua Regional ou em cogestão pelo município de Diadema, assim como sugere o Pacto pela Saúde. A mesma situação somente não se repete com os serviços de média e alta complexidade ambulatorial, pois o Quarteirão da Saúde realizava mais de setenta por cento da demanda dos munícipes há época (DIADEMA, 2010).

Ainda em 2010, foi realizada auditoria do registro dos resultados de exames citopatológicos executados pelo Hospital Mário Covas (referência regional para o serviço). E se descobriu que os resultados de Diadema estavam sendo digitados como os de Santo André. Assim foram executadas ações para correção deste problema administrativo (DIADEMA, 2010)

Por fim, cabe destacar em 2010 o recebimento de dois prêmios: o prêmio de “Qualidade no Tratamento e Controle da Tuberculose” da Secretaria Estadual de Saúde devido aos bons resultados alcançados; e o prêmio David Capistrano na Mostra de Experiência Exitosa do XXV Congresso do Conselho dos Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) de São Paulo para o Ciclo de Oficinas de Regulação realizado na rede assistencial.

Dentre as estratégias que objetivaram a expansão da dimensão de estrutura, o município fortaleceu a Atenção Básica, promovendo a expansão da Estratégia de Saúde da Família, construção de uma nova Unidade Básica de Saúde (UBS Conceição - totalizando uma somatória de 20 Unidades Básicas de Saúde em funcionamento na rede municipal de saúde), várias atividades de Educação Permanente, entre outras ações. Ampliou-se a articulação entre o Quarteirão e a Rede Básica, porém sem ainda atingir a meta almejada pela gestão.

Das Equipes de Saúde da Família, há 19 equipes cadastradas no PRONASCI e 10 cadastradas no Programa de Saúde na Escola (o que fez jus ao recebimento de incentivo financeiro complementar). Na área de Saúde Bucal, também ocorreu a ampliação do número de equipes cadastradas (acréscimo de 5 equipes). Quanto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), manteve-se o número registrado no ano anterior (6 núcleos), porém foi encaminhado ao Ministério da Saúde um projeto com perspectiva de ampliação para 9 núcleos no total. (DIADEMA, 2010).

As demais grandes áreas de coordenação também realizaram em 2010 ações de expansão da dimensão de estrutura, em que se destacaram: ampliação do número de cirurgias de patologias e cânceres do trato genital masculino; inserção dos Agentes de Vigilância à Saúde em quatorze Equipes de Saúde da Família, o que

possibilitou o recebimento de incentivo financeiro adicional para aprimoramento das ações de vigilância; habilitação de um CAPS Infantil pelo Ministério da Saúde; manutenção das atividades do “Programa de Volta para Casa”; revisão da REMUME; e iniciou-se o processo de implantação do sistema de informática Hórus - sistema disponibilizado pelo Ministério da Saúde para controle do fluxo de medicamentos (DIADEMA, 2010).

No tocante das ações desenvolvidas em 2010 em prol da qualificação e ampliação dos fluxos de acesso e processos de trabalho, relacionados à dimensão de processo, destacaram-se: realização da VII Conferência Municipal de Saúde, com o tema “Integração dos serviços e cuidado integral – desafios atuais do SUS de Diadema”; desenvolvimento de estratégias de integração entre os diferentes níveis de atenção; pactuação de fluxos e protocolos; desenvolvimento, monitoramento e avaliação de um Plano de Ação para o Hospital Municipal de Diadema; substituição do atual sistema de agendamento e consulta SIGA-SAUDE, utilizado no Quarteirão da Saúde, pelo SISREG; realização da I Mostra de Saúde de Diadema; realização de inúmeras rodas de conversa, cursos, seminários e oficinas na rede em Educação Permanente; ampliação do Programa de Interação Docente Assistencial em parceria com a Universidade Federal de São Paulo; participação do Hospital Municipal no Projeto Sentinela para Avaliação da Prevalência do HIV e da Sífilis no Brasil; promoção de práticas alimentares saudáveis e práticas de atividades físicas; implementação do Planejamento Estratégico de Gestão da Informação 09-12 (realização do I Workshop da Informação); intensificação das ações de auditoria via Sistema de Auditoria do Ministério da Saúde (SISAUDI); entre outros (DIADEMA, 2010).

Na perspectiva das ações estratégicas desenvolvidas no ano de 2011, o Relatório Anual de Gestão elaborado pela Secretaria de Saúde de Diadema destacou alguns eixos norteadores da avaliação e monitoramento, seguindo a metodologia¹⁷ que já vinha sendo empregada desde o ano de 2009. E foi dada continuidade à metodologia de gestão baseada em Colegiados (Colegiado Gestor e Colegiado das Áreas) (DIADEMA, 2011).

Na área da gestão do sistema municipal de saúde, em 2011 foram eleitas como principais entraves à normal condução do sistema: a dificuldade de fixação de médicos na rede assistencial do município (a atenção básica, por exemplo, registrou déficits de médicos da ordem de 20%); a problemática da insuficiência de referências regionais de oferta de serviços; o enfrentamento da perda em recursos no SUS, dada a regulamentação da Emenda Constitucional 29 via aprovação de minuta de lei no Senado e Câmara Federal; a greve do funcionalismo na rede de saúde municipal; a não concretização da assinatura do Termo de Cooperação de Gestão entre Entes Públicos (TCEP) para que o Hospital Estadual Diadema ficasse sob a gestão da Delegacia de Saúde Regional; problemas de abastecimento (principalmente de suprimentos comprados de forma centralizada pela Prefeitura); e a escassez de recursos advindos do Estado para custeio de ações e serviços nos municípios (DIADEMA, 2011).

Ainda no que se refere à área de gestão do sistema municipal de saúde, na perspectiva da gestão da informação, houve o diagnóstico de problemas referentes ao

¹⁷ Tomou como base o Plano Municipal de Saúde de Diadema (2009 a 2012) e a Programação Anual de 2011, e descreveu a avaliação acerca dos caminhos da gestão pela ótica das prioridades do Pacto pela Saúde e pela ótica das prioridades eleitas localmente (DIADEMA, 2011).

registro de produção em dois CAPS - dada a resistência da equipe e quebra de paradigmas dos modelos de registro anterior – e houve também melhoria no processo de registro dos exames citopatológicos cérvico-vaginais por parte do Hospital Mário Covas, sem obter, no entanto, a solução definitiva do problema identificado em 2010 (digitação dos dados de Diadema no histórico de produção do município de Santo André) (DIADEMA, 2011).

A gestão do sistema municipal de saúde em 2011, com o objetivo de aprimorar a participação popular, criou uma Comissão composta por membros do Conselho Municipal de Saúde para o Acompanhamento e Fiscalização das Contas da Secretaria Municipal de Saúde, tendo como base a transparência e o objetivo de capacitar permanentemente os conselheiros sobre o funcionamento das despesas e receitas em saúde do município. E ainda foi realizada uma Plenária Municipal de Saúde preparatória para a XIV Conferência Nacional de Saúde (DIADEMA, 2011).

Para sanar os problemas enfrentados desde 2010 na direção dos equipamentos de saúde, em 2011 a gestão da Secretaria realizou a contratação de uma direção exclusiva do Pronto Socorro Municipal (que desde 2010 vinha sendo administrado pela direção do Hospital Municipal) e trocou as direções dos CAPS (DIADEMA, 2011).

Ademais, além de participar dos fóruns regionais de discussão e pactuação do SUS, a gestão da Secretaria Municipal de Saúde, em 2011, atuou no aprimoramento da eficiência das gestões locais; como exemplo pode-se citar: a redução dos gastos do Laboratório através da utilização de Atas de registro de Preços e o aprimoramento da gestão administrativa e financeira do Hospital Municipal, com a definição de

responsáveis por contratos, instrumentos de monitoramento e implementação de políticas de monitoramento de consumo e gastos operacionais (DIADEMA, 2011).

Nesta linha, em 2011 o Departamento Administrativo e Financeiro alterou sua estrutura de funcionamento para adequar-se à estratégia de descentralizar a gestão do Fundo Municipal de Saúde¹⁸ e otimizou seus processos de trabalho com destaque à consolidação do Serviço de Contratos e Convênios, a incorporação de uma Área Econômica na SMS, a criação da Diretoria Administrativa Financeira, empoderamento do preenchimento do Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), entre outros. Com essas ações, alcançou resultados muito positivos que se concretizaram como uma otimização financeira e orçamentária no montante de R\$2.806.761,25 no ano (multas, supressões, racionalização de consumo, entre outros) (DIADEMA, 2011).

Em outro foco, a gestão do sistema municipal de saúde no ano de 2011 recebeu ainda mais duas premiações: o Prêmio Sérgio Arouca, à medida que promoveu, reconheceu e divulgou experiências exitosas da gestão participativa na área da Saúde; e o Prêmio de “Qualidade no tratamento e Controle da Tuberculose” da Secretaria de Estado da Saúde (DIADEMA, 2011).

Para o fortalecimento da Atenção Básica, em 2011 foram realizadas ainda algumas ações que se relacionam à expansão da estrutura (dimensão da sustentabilidade) que merecem destaque: adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) em parceria com o Ministério da Saúde; qualificação do trabalho dos agentes comunitários de saúde (aprovação de Lei que

¹⁸ Projeto técnico elaborado no ano de 2011 pelo próprio Departamento. Programado para execução em três semestres, com definição de diferentes agendas – recursos humanos, alterações legais pertinentes, assunção de novos processos de trabalho (DIADEMA, 2011).

regulamenta a criação do cargo em regime estatutário e revisão dos mapas de banco de ruas e territórios de abrangência das Unidades Básicas de Saúde); aumento da cobertura da Estratégia de Saúde da Família; credenciamento de 7 farmacêuticos junto às Equipes do NASF; participação do Fórum Regional do Telessaúde, com vistas a desenvolver projeto em cofinanciamento com o Ministério da Saúde para informatização da rede básica; realização de 2 reformas de Unidades de Saúde (Eldorado e Paineiras) e captação de recursos junto ao Ministério da Saúde para reformas de mais 6 Unidades Básicas e mais 1 via parceria com o Governo Estadual; inauguração do novo prédio da Unidade Básica de Saúde Jardim ABC; consolidação do funcionamento da UBS Conceição; e início das obras de construção da Unidade Básica de Saúde Campanário; entre outras (DIADEMA, 2011).

Ainda no que compete à expansão da dimensão estrutural relacionada às demais áreas assistenciais, foram realizadas: habilitação de um projeto para compra de equipamentos para Hospital Municipal de Diadema pelo Ministério da Saúde; desenvolvimento de projeto, para 2012, de construção de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em terreno anexo ao Hospital Municipal de Diadema; início da implantação da Central Municipal de Regulação de Urgências e Emergências coordenada pelo SAMU; inauguração da Unidade de Pronto Atendimento – UPA Paineiras, construída via parceria com o Ministério da Saúde e habilitada para recebimento de recursos de custeio como tipo II; ampliação do Programa “De volta para Casa” para mais 18 beneficiados; transferência do CAPS Norte para um imóvel na região norte da cidade; ampliação do horário de atendimento do CAPS AD para modalidade vinte e quatro horas; implantação do serviço de Consultório de Rua; reforma do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) com recursos do Projeto Vigisus

II (Plano de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde); implantação da Central Municipal de Regulação de Urgência e Emergência e de Leitos (CMRUE); ampliação da oferta de próteses dentárias do CEO (de 14 para 120 peças/mês); readequação do plano de trabalho da Oftalmologia no Quarteirão da Saúde, com incremento das consultas e cirurgias; adequação de estrutura física predial; criação de novos espaços no Hospital Municipal (DIADEMA, 2011).

A expansão de recursos humanos em 2011 deu-se principalmente por meio de reposições de demissões e aposentadorias, em que foi dada prioridade às contratações de técnicos de enfermagem, administrativos, auxiliares de consultório dentário (num total de 120 profissionais). Houve ainda contratação de profissionais para o SAMU. E foi programada ainda contratação via concurso público para agentes comunitários de saúde - tal como determinação legal – Lei Federal 11.350 (DIADEMA, 2011).

Em 2011 foram ainda implementadas diversificadas ações que objetivaram o aprimoramento da dimensão processual do sistema, em que cabe citar: revisão da REMUME; conclusão da substituição do SIGA-SAÚDE pelo SIREG III; Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas; Plano Municipal de Promoção do Envelhecimento Saudável; atividades de educação permanente e cursos de especialização com parceria da UNIFESP e Faculdade de Medicina do ABC; elaboração da linha de cuidado da saúde da mulher na perspectiva do Projeto Rede Cegonha do Ministério da Saúde (definido pela Portaria Ministerial número 1.459 de junho de 2011); desenvolvimento do processo de habilitação do Hospital Municipal de Diadema como Hospital Amigo da Criança; descentralização do agendamento de exames especializados para as Unidades Básicas; promoção de atividade física,

alimentação saudável e aleitamento materno - execução do Plano do Financiamento de Ações de Alimentação e Nutrição financiado pelo Ministério da Saúde; elaboração de protocolos clínicos e de fluxo; atividades permanentes de apoio matricial entre as áreas assistenciais; reorganização das áreas de abrangência dos CAPS; publicação do Plano Municipal de Enfrentamento de Crack e outras Drogas (nos parâmetros estabelecidos pelo Plano Nacional – Decreto nº 7.179/2010); fortalecimento da rede municipal de atendimento às situações de violência; readequação da oferta de exames e consultas especializadas; e implantação de certidão digital para nascidos na maternidade do Hospital Municipal em parceria com Cartório de Registro Civil do Município (DIADEMA, 2011).

4.2.3 - As Realizações da Saúde em Diadema entre 2000 a 2011: Um Olhar Sintético

Enfim, tendo em vista a análise das políticas implementadas durante o período, evidencia-se não somente o crescimento do número de ações e estratégias de saúde implementadas no município durante o período, como também, e principalmente, a evolução da complexidade dos aspectos de gestão e de planejamento. Essa evolução, assim como observado, acompanhou as diretrizes do SUS que foram sendo construídas ao longo do tempo.

Não foram raros os casos em que se observou a adoção pelo município das diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde na condução do SUS, em que se

pode citar, por exemplo, a estruturação dos Conselhos de Saúde antes mesmo da preconização pelo SUS, a adesão do município ao Pacto pela Saúde, à Política Nacional de Atenção Básica, à estratégia dos Serviços Móveis de Urgências, à implantação de UPAs, à participação nas discussões regionais para condução da PPI, à estruturação das Redes Temáticas Regionais, à Política de Combate do Álcool e outras Drogas, entre muitas outras estratégias.

Esta evolução pode ser percebida por meio, por exemplo, da proporção de cobertura populacional pela Estratégia da Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) durante o período. Como se observa no Gráfico 2, desde 2000 é evidente o investimento do município nesta política do Ministério da Saúde:

Gráfico 2 - Proporção de cobertura populacional estimada (em %) segundo Equipes de Saúde da Família e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde implantados – 2000 a 2011 (segundo último mês de cada ano)

Fonte: Departamento de Atenção Básica - Ministério da Saúde

Outra perspectiva de análise refere-se ao número de procedimentos ambulatoriais e de internações por habitante ao longo dos anos. No que se refere ao número de procedimentos ambulatoriais por habitante no período, verifica-se que houve uma tendência acentuada de crescimento, tal como se observa pelo desenho da linha de tendência exponencial do Gráfico 3.

Com a diversificação e ampliação da oferta de serviços ambulatoriais constatada pela análise, a produção em saúde aumentou consideravelmente, quase dobrando, passando da linha de 10 procedimentos ambulatoriais por habitante em 2000, para quase 20 em 2011. Este agigantamento da produção ambulatorial está intimamente relacionado ao acréscimo dos gastos em saúde do município (que será analisado no próximo item desta análise).

Gráfico 3 – Número de procedimentos ambulatoriais aprovados de estabelecimentos públicos municipais de Diadema por habitante ao ano – 2000 a 2011

Fonte: DATASUS – Ministério da Saúde

Na mesma linha, foi possível ainda observar a evolução da complexidade das políticas de saúde implementadas por meio da análise do número de internações por habitante ao ano, realizadas por equipamentos públicos municipais. Tendo em vista o significativo investimento para a expansão e o fortalecimento da Atenção Básica, presente em todos os anos analisados - demonstrado não somente pela evolução da Estratégia de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, como também pelo crescimento significativo do número de procedimentos ambulatoriais - a tendência pouco representativa de queda do número de internações por habitante ao ano (demonstrada no Gráfico 4), somente poderia ser constatada com exatidão se houvesse detalhamento da tipificação destas internações como internações por condições sensíveis à Atenção Básica¹⁹.

Gráfico 4– Número de internações, por local de internação, aprovadas de estabelecimentos públicos municipais de Diadema por habitante ao ano – 2000 a 2011

Fonte: DATASUS – Ministério da Saúde

¹⁹ A Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde nº 221 de 17 de agosto de 2008 define a lista brasileira de internações por condições sensíveis à Atenção Primária.

Porém, tendo em vista a escassez de informações acerca deste tipo de internações em relatórios municipais oficiais de monitoramento da produção em saúde, e dado que no período houve a inauguração do Hospital Estadual Diadema (em 2001) - o que deveria ter contribuído para a diminuição da demanda por internações em hospitais municipais - a queda esperada do número de internações deveria apresentar uma maior representatividade. Mais além, é preciso ainda destacar que houve expansão do número de leitos de internações municipais no período, o que pode ter contribuído para que esta tendência de queda do número de internações tenha sido tão tênue, tal como observado pelo desenho da linha de tendência exponencial do Gráfico 4.

Tendo em vista esta expansão e diversificação das políticas e oferta em serviços e ações de saúde observada no período, o cenário da rede assistencial em Diadema tornou-se de veras amplo e diversificado, tendo ampliado de 30 para 35 (na comparação entre 2005 e 2011) o número de estabelecimentos municipais públicos de saúde, tal como se observa na Tabela 1.

Tabela 1 – Estabelecimentos Municipais Públicos de Saúde de Diadema por tipo, segundo classificação do CNES (dez/2005 X dez/2011)²⁰

Tipo de Estabelecimento	2005/Dez	2011/Dez
Central de Regulação de Serviços de Saúde	-	1
Centro de Atenção Psicossocial	-	5
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	19	20
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	4	1
Hospital Dia	1	1

²⁰ O DATASUS/CNES disponibiliza consulta por tipo de estabelecimento somente a partir de 2005.

Hospital Especializado	1	-
Hospital Geral	1	2
Policlínica	1	-
Pronto Atendimento	-	-
Pronto Socorro Geral	1	1
Secretaria de Saúde	-	1
Unid Mista - atend 24h: atenção básica, intern/urg	-	-
Unidade de Vigilância em Saúde	2	2
Unidade Móvel Pré Hospitalar - Urgência/Emergência	-	1
Total	30	35

Fonte: Datasus/CNES – Ministério da Saúde.

Esta expansão também pôde ser verificada através da evolução do quadro de pessoal da secretaria de saúde em termos de quantidade. Tal como se observa na Tabela 2, houve representativo aumento do número de profissionais, que em termos totais representou um acréscimo de mais de 90% na comparação entre o ano de 2000 e 2011, com destaque às categorias de ACS e Agentes de combate à Dengue, Gestores e Comissionados, Administrativos e Enfermeiros:

Tabela 2 – Evolução do quadro de pessoal da Secretaria de Saúde de Diadema segundo categoria de profissionais – Comparação ano de 2000 e 2011

CATEGORIAS DE PROFISSIONAIS	Quant. 2000	Quant. 2011	VARIAÇÃO. %
MÉDICOS	491	543	10,59
ENFERMEIROS	103	305	196,12
DENTISTAS	71	88	23,94
OUTRO NU	71	178	150,70
AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM	628	1024	63,06

OUTROS AUXILIARES E TÉCNICOS	115	165	43,48
ACS / AGENTES COMBATE DENGUE	8	547	6737,50
ADMINISTRATIVOS	125	530	324,00
OUTROS OPERACIONAIS	451	448	-0,67
GESTORES E COMISSIONADOS	4	119	2875,00
TOTAL	2067	3947	90,95

Fonte: Serviço de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Diadema

Assim como pode se observar na análise do período, tendo em vista as necessidades de saúde reivindicadas pelo historicamente forte movimento popular, e o êxito notório do protagonismo dos gestores municipais de Diadema na construção do SUS e da municipalização da saúde, a saúde pública de Diadema expandiu-se muito. Essa expansão deu-se não somente no que se refere ao aumento de equipamentos de saúde e número de profissionais, mas fundamentalmente em uma diversificada gama de políticas em todos os níveis de atenção: prevenção, promoção, assistência básica e especializada de média e alta complexidade.

Nessa perspectiva, em 2011, o município foi classificado com a nota 6,44 no Índice de Desempenho do SUS, (IDSUS 2012), sendo a melhor avaliação entre os 7 municípios da região do Grande ABC. Entre os 39 municípios da região metropolitana, Diadema ocupa o 2º lugar do *ranking* quando se refere ao grupo homogêneo de número 2, especificidade criada pelo Ministério da Saúde²¹ (Ministério da Saúde, 2012).

²¹ O Índice de Desempenho do SUS classificou os municípios segundo semelhanças. Para tanto elegeu 3 principais índices: o Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE); o Índice de Condições de Saúde (ICS); e o Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM). Os pesos dos índices pautaram-se na metodologia de análise de componentes principais. Após os municípios foram classificados em dois subconjuntos: aqueles que atendem ao critério de Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM) ser maior que 0,01 e aqueles que possuem capacidade de realizar duas ou mais internações por dia. Em seguida, estes dois subconjuntos foram analisados pela

5. DIADEMA, OS LIMITES DA CONSTRUÇÃO DO SUS E ALGUMAS PROPOSTAS

Entre 2000 e 2011, a construção do SUS em Diadema foi significativa em termos de crescimento das ações e serviços de saúde. Contudo, cabe a indagação: Qual é o limite desta expansão? Como a administração da municipalidade tem feito para driblar os obstáculos da expansão e diversificação desta rede de serviços? É possível um município arcar com gastos de custeio tão dispendiosos como o do Quarteirão da Saúde e de um sistema que produz tanto em saúde? Qual a influência do sistema de financiamento do SUS e da conjuntura econômica no que se refere à capacidade de sustentabilidade da escolha municipal de prover a população com todos estes recursos de saúde? Não deveriam as demais esferas de governo, em particular o governo estadual, ampliar os gastos em saúde em Diadema como forma de corrigir as iniquidades regionais?

Essas perguntas permearam as discussões mais atuais sobre a sustentabilidade do SUS e foram importantes fatores de restrição à ampliação da rede de atenção e diversificação de oferta baseadas em investimentos com recursos municipais.

Os principais problemas observados na condução do sistema de saúde municipal podem ser classificados sob os aspectos da política de saúde e gestão dos

metodologia de análise de Cluster pelo método K-means sendo novamente agrupados, nesta fase, em 6 grupos homogêneos de acordo com a classificação recebida nos índices (IDSE, ICS e IESSM). O grupo de número 2 (aquele em que Diadema foi classificado) caracteriza-se por: apresentar alto IDSE, médio ICS, e IESSM caracterizado por uma média estrutura de Média e Alta Complexidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

recursos e sob o aspecto do financiamento da saúde pública. E, assim, a seguir serão analisados.

5.1 ASPECTOS DA POLÍTICA DE SAÚDE E GESTÃO DOS RECURSOS

A escolha do município de Diadema teve como objetivo, sem dúvida, prover sua população com as mais variadas ofertas de serviços de saúde em todos os níveis de atenção (atenção básica, média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do sistema).

Tal observação dá-se não somente no que se refere ao aumento do número de serviços disponíveis à população, como também no que tange às estratégias de estruturação das políticas e fluxos de acesso à população. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no município construiu um caminho paralelo ao das políticas publicadas e prioridades apontadas pelo Ministério da Saúde no período.

Esta escolha, apesar de condizer com as reivindicações da população, tal como demonstrou o caminho da construção da estrutura de seu sistema de saúde, via intensa e significativa participação popular e atuação dos gestores municipais, acaba por tornar-se insustentável tanto financeiramente como no que se refere à instituição em si. Isso porque, mesmo sem aferir os custos detalhados da manutenção do sistema, prover a população local na totalidade de suas demandas em saúde descreve uma tendência de reproduzir um modelo de atenção baseado na ampliação de

recursos de infraestrutura e humanos, em que a carga de custos é insuportável aos municípios, dada a escassez de recursos próprios comumente observados.

A definição de necessidades em saúde é objeto de grande discussão e diferentes aspectos teóricos. Desde a Constituição Federal de 1988, tal definição foi discutida por gestores, comunidade e trabalhadores em saúde. Tal indefinição contribuiu também (além de outros fatores de maior significância) para a ampliação desenfreada de ações em saúde e ampliação dos gastos municipais na área.

Porém, tal como observado, foram inúmeras as variáveis relacionadas à gestão que contribuíram para a dificuldade da sustentabilidade na manutenção dos sistemas públicos municipais de saúde. Tais variáveis podem ser classificadas segundo os seguintes aspectos: peso político da condução da gestão em saúde no âmbito da política municipal; inflexibilidade da máquina pública aliada à rigidez e burocratização na execução de programas federais e estaduais; escassez de profissionais médicos no mercado para trabalho na área pública; responsabilização do município em detrimento das outras esferas de gestão na promoção e oferta de ações de saúde e consequentes dificuldades na relação entre os atores regionais/referências e indefinição de competências dos entes; e por fim, dificuldades na condução e manutenção das contratações de serviços que se agigantam nestas circunstâncias, entre outros.

No que se refere ao peso político da condução da gestão em saúde no âmbito da política municipal, observou-se que o atendimento às reivindicações da comunidade local na área de saúde gerou um saldo positivo para os governos no poder. Ou seja, assumir a área de saúde como prioridade, atendendo a todos os desejos da população (mesmo que estas demandas sejam concentradas de cada vez

mais ofertas de serviços, médicos e medicamentos) contribuiu para a manutenção do poder na maioria dos mandatos do período analisado.

Desde o início do processo de formação dos Conselhos de Saúde da cidade - por meio da formação de grupos de mulheres que se reuniam com objetivo de prover suas famílias de melhores condições de vida e de discutir questões emergentes relacionadas à infraestrutura - a temática da saúde fez-se presente e foi determinante para o fortalecimento destes movimentos populares. Isto porque, na década de 1970, com a negativa da prefeitura em receber as reivindicações dos grupos de mulheres, o movimento fortaleceu-se e arrebatou maior participação com o intuito de ganhar voz junto à administração municipal.

Na década de 1980, somado a este cenário, agravou-se o cenário econômico nacional marcado por altas taxas de inflação. Assim, o movimento popular organizou-se e expandiu-se ainda mais, passando a atuar em forma de comissões com o objetivo de realizar compras comunitárias e assim diminuir o impacto inflacionário sobre as rendas familiares. Tais comissões constituíram o embrião dos Conselhos Populares de Saúde. Isso porque as necessidades em saúde eram foco das discussões deste grupo (DIADEMA, 2008b).

Fortalecendo-se e ampliando-se, as comissões ganharam, a cada dia, maior significância frente o governo municipal. Assim, o governo de 1982 recebeu os movimentos populares e deu vazão às discussões que aconteciam no bojo das comissões. Como eram muitas as demandas, tendo em vista o cenário de precariedade da estrutura urbana municipal na época, o governo no poder negociou junto à população a escolha da área prioritária a ser foco das ações de melhoria

municipal. Sendo, assim a população elegeu a área da saúde como prioridade das ações de governo.

A partir de então foram estruturados os Conselhos Populares de Saúde (antes mesmo da instituição da diretriz de participação popular do SUS) acabando por serem instituídos por força de lei na década de 1990. Agindo nos bairros da cidade e somados às Comissões de Saúde que foram criadas em algumas Unidades Básicas de Saúde, esses conselhos não só ganharam significância no âmbito dos governos municipais como também junto à população (DIADEMA, 2008b).

Desde então a área da saúde no município foi assim tratada: prioridade nas políticas municipais implementadas e consequentemente área protagonista do processo político no caminho à eleição. Tendo em vista sua significância e reconhecimento, tanto do poder político institucional como do poder popular, a política municipal de saúde de Diadema contou com intensa participação popular.

Enfim, por meio da análise das políticas implementadas neste período, ficou notória a intensificação da atuação da comunidade local por meio dos dois Conselhos de Saúde da cidade. Tal assertiva pôde ser verificada por inúmeros fenômenos: pela frequência e manutenção da realização das conferências municipais de saúde; pela participação dos conselhos municipais nas conferências estaduais e nacionais de saúde; pela implantação de um departamento no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, denominado Apoio ao Controle Social, composto pela participação dos dois Conselhos de Saúde na cidade (o Popular e o Municipal); e pela existência, a partir de 2010, de encontro mensal de prestação de contas das despesas e receitas em saúde ao conselho. Enfim, dada a magnitude da atuação da participação popular na

condução das políticas de Saúde, denota-se a importância do atendimento de suas demandas e necessidades no processo político eleitoral na cidade.

Sob outra perspectiva, ficou evidenciado outro fator que possui peso importante na discussão sobre a sustentabilidade do sistema municipal de saúde: a inflexibilidade da máquina pública aliada à rigidez e burocratização na execução de programas federais e estaduais.

Tendo em vista o peso político das reivindicações populares em crescentes demandas por serviços e ações de saúde, as administrações municipais articularam-se em prol do provimento dessas reivindicações, com destaque ao protagonismo dos gestores locais de saúde de Diadema no tocante à construção do SUS e processo de municipalização da saúde.

Porém, conduzir a gestão pública na busca pelo saneamento destas demandas é comumente analisado pelos gestores públicos como uma tarefa deveras complexa. Isso porque a administração pública constituiu-se como um emaranhado de normativas legais que regem sua condução. E a sua aplicabilidade na área de saúde foi somada por outra infinidade de regulamentações legais que devem ser atendidas pelos gestores municipais. Tal rede complexa de normativas acabou por, muitas vezes, engessando a condução das ações e serviços públicos municipais.

Um claro exemplo deste obstáculo à condução da sustentabilidade da gestão municipal de saúde foi a vigência da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar 101/2000), que teve como uma de suas consequências nefastas a criação de obstáculos à implementação da Estratégia de Saúde da Família (criada em 1993) por parte do Ministério da Saúde. Porém, cabe destacar que a publicação desta

lei não tinha como objetivo dificultar a implantação da Estratégia da Saúde da Família.

A Lei de Responsabilidade Fiscal regulamentou os artigos 153 a 159 da Constituição Federal de 1988 e constituiu-se como importante instrumento de controle das finanças públicas, impondo aos entes da federação limites de endividamento e gasto com pessoal (54% das receitas correntes líquidas do município). Porém, a área de saúde é fundamentalmente determinada pela atuação de pessoas. Com a publicação da Lei de Responsabilidade Fiscal, a área de saúde, em especial, passou a aferir grande obstáculo a sua condução, particularmente no tocante à Estratégia da Saúde da Família.

Tão grande foi o impacto sobre a gestão municipal em saúde que, no final de 2001, o Ministério da Saúde realizou uma ação em forma de seminário (sob o tema: Implementação da Emenda Constitucional número 29) para discutir junto aos Tribunais de Contas uma saída para garantir a implementação da Estratégia de Saúde da Família diante dos limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Uma saída discutida como possibilidade foi a de que esta lei não poderia ser interpretada somente literalmente, haja vista que a mesma não poderia constranger o direito à saúde prevista no artigo sexto da Constituição Federal, que coloca a saúde como um direito social fundamental. Assim, os incrementos de gasto com pessoal deveriam ser tratados de maneira especial se estes contribuíssem para a extrapolção dos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal, tendo em vista o cumprimento do que preceitua o artigo sexta da Constituição, segundo o que relatam Marques e Mendes (2003).

Porém, pelo o que se observa na análise da implementação das políticas públicas de saúde municipais de Diadema no período, sempre houve como grande preocupação os gastos com a folha de pessoal, seja via contratação ou subvenção social. Esta preocupação ficou evidenciada ainda mais a partir do ano de 2009, quando o acompanhamento da movimentação de pessoal, seus custos e impacto orçamentário, passaram a ser tema recorrente das reuniões do Colegiado Gestor da Secretaria de Saúde e citados como grande obstáculo à condução da gestão.

Isso porque o município de Diadema, tal como demonstrado, descreveu tendência acentuada de crescimento da Estratégia da Saúde da Família, passando no ano 2000 de pouco menos de 10 equipes para quase 70 no ano de 2011. Este agigantamento da Estratégia de Saúde da Família, e seu complicante no que se refere aos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal, agravaram-se tendo em vista a expansão dos serviços, e consequentemente dos gastos com pessoal, no mesmo período, tal como se observa no Gráfico 5:

Gráfico 5 – Despesa total com Saúde X Despesa com Pessoal na Saúde – Diadema de 2000 a 2011

Fonte: SIOPS (Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde)

Entre 2000 e 2011, observou-se uma correspondência entre o crescimento das despesas com pessoal da área de saúde e o aumento das despesas totais em saúde. Contudo, é digno de nota que as tendências de crescimento começaram a afastar-se a partir de 2003 e 2004, com início de pesados investimentos municipais na ampliação dos serviços de saúde, principalmente com o início dos gastos para construção e aparelhamento do Quarteirão da Saúde, que, por ter intenso aporte tecnológico, representou grande impacto em despesas de capital.

Outro aspecto de inflexibilidade da máquina pública, aliada à rigidez e burocratização na execução de programas federais e estaduais, referiu-se à forma de gestão dos recursos do SUS em Diadema, por meio do Fundo Municipal de Saúde²².

Desde a criação do Fundo Municipal de Saúde de Diadema, as orientações legais para sua legitimação e funcionamento passaram a ser atendidas pela administração municipal. Desta forma, o Fundo constituiu-se como autônomo. Portanto, foi qualificado como unidade orçamentária, concentrou a movimentação de todos os recursos da saúde por meio de conta específica vinculada, estava relacionado a um CNPJ na modalidade matriz, o Ordenador das despesas em saúde

²² A obrigação de criação e implementação dos Fundos Municipais de Saúde como mecanismo de gestão financeira dos recursos vinculados ou alocados nas Secretarias de Saúde Municipais remetem à data de fundamentação do SUS na Constituição Federal, especificamente em seu inciso IX do artigo 167, e também reforçado pelas Leis Orgânicas da Saúde 8080 de 1990 e 8142 de 1990, além de ser objeto de regulamentação da Lei Federal 4320 de 1964, Emenda Constitucional 29 regulamentada pela Lei 141 de 2012 e Decreto Federal nº 1232 de 1994 (que estabelece como condição para forma de repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais e do Distrito Federal a existência de fundo de saúde). Em 2011, publica-se a Instrução Normativa da Receita Federal do Brasil nº 1143 que definiu a obrigação da inscrição do Fundo de Saúde sob CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica) na modalidade matriz – é preciso que os CNPJs dos Fundos de Saúde sejam matriz pois a caracterização como filial significaria que o mesmo possuiria a mesma natureza jurídica de sua matriz e isso não acontece com os Fundos de Saúde em relação ao município. Já que o município possui natureza e personalidade jurídica e o Fundo de Saúde tem natureza contábil e não possui personalidade jurídica. (CNM, 2012). O Fundo Municipal de Saúde de Diadema foi criado a partir da Lei Municipal 1.257 publicada em junho de 1993 e alterado pela Lei Municipal 1.622 de dezembro de 1997.

foi o secretário da pasta e a sua movimentação passou a ser fiscalizada periodicamente pelo Conselho Municipal de Saúde.

A aplicação da diretriz implementada pelo SUS de descentralização aplicada ao gerenciamento dos recursos da saúde passou a integrar a Programação Anual de Saúde do período de 2011. Desta forma, a estruturação da forma de gestão do Fundo Municipal de Saúde transpassou o aspecto relacionado à inflexibilidade da máquina pública, consolidando-se como uma óbice da dimensão política da gestão municipal.

Segundo o planejamento da gestão municipal de saúde, a estratégia era a de implementar a total descentralização dos processos operacionais administrativos ligados à movimentação financeira dos recursos da saúde para a execução e condução pelo Departamento Administrativo e Financeiro da Secretaria.

A partir de 2011, o Departamento Administrativo e Financeiro da Secretaria trabalhou em uma comissão que discutiu intensamente os processos burocráticos necessários para a total assunção da responsabilidade de gerir operacionalmente o Fundo. Como resultado, foi elaborado um Projeto para execução em três semestres, com agendas de ampliação de recursos humanos, alteração da legislação municipal correlacionada, capacitações e programação detalhada da vinda de cada um dos processos burocráticos da Administração Central da Prefeitura para a Secretaria.

Sua implementação, no entanto, não foi alcançada na totalidade, tendo em vista a dificuldade de descentralizar processos tão intimamente ligados ao funcionamento da Secretaria de Finanças Municipal e as disputas políticas no bojo da administração municipal. Como resultado positivo, conseguiu-se apenas a vinda da rotina de preenchimento do SIOPS para a responsabilidade do corpo de profissionais do Departamento Administrativo e Financeiro, além do maior acesso às informações

da movimentação financeira das contas vinculadas ao Fundo Municipal de Saúde. Por sua vez, não foi possível assumir a execução total do processo licitatório (somente uma parte é executada pela Secretaria de Saúde), rotina de empenho (somente as reservas e liquidações são processadas pela Secretaria) e compras e contratação de serviços (somente o acompanhamento do estoque de insumos e pesquisas de mercado são executadas pela Secretaria de Saúde) (DIADEMA, 2012).

Atrelada a esta problemática de descentralização do Fundo Municipal de Saúde está a rotina de preenchimento do SIOPS. O SIOPS anteriormente era preenchido pelos profissionais de contabilidade da Administração Central e passou para a responsabilidade da Secretaria de Saúde quando do advento de constituição do Projeto de Descentralização do Fundo Municipal de Saúde (DIADEMA, 2011). Porém, tal alteração não representou independência da Secretaria de Saúde na gestão dos recursos. Isso porque os dados contábeis da saúde continuaram a ser consolidados pela Administração Central e, desta forma, o preenchimento do SIOPS constituiu-se apenas uma cópia do que já havia sido registrado no fluxo de movimentação dos recursos.

No tocante aos sistemas de informação em saúde, em geral, ressaltou-se o crescimento e a diversificação de sistemas de informação que devem ser preenchidos pela gestão da saúde. Muitos deles, como o SIOPS, constituem-se condições obrigatórias para a manutenção do recebimento das transferências de recursos advindos da União e, por esse motivo, a gestão da informação ganha peso importante na gestão municipal de saúde de Diadema.

Porém, fica claro também que, não obstante o benefício que o planejamento alicerçado na informação traz à programação das ações em saúde, em muitas vezes a

falta de comunicação entre os sistemas e a existência de sistemas correlatos, acaba dificultando o processo de gestão e acrescentando obstáculos classificados como a perspectiva de inflexibilidade da máquina pública aliada à rigidez e burocratização na execução de programas federais e estaduais.

Tal como relatado no Relatório de Avaliação de Gestão dos períodos do município, a falta de interação dos sistemas e a má estruturação dos fluxos de registro e notificação acabaram por gerar falhas em informação. Nesta perspectiva, a Secretaria de Saúde organizou inúmeras capacitações para qualificar os processos de notificações de agravos e para aperfeiçoar o registro de Informações (por exemplo, o I Workshop da Informação realizado em 2010). Nota-se que em 2010 e 2011, os resultados de exames citopatológicos foram sendo registrados pela referência regional como pertencentes ao município de Santo André (prejudicando o acompanhamento da prioridade relacionada ao Controle do Câncer de Cólo de Útero e de Mama).

Ainda, merece menção o grande número de metas do Pacto pela Saúde que exige um acompanhamento sistemático por meio dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde, tornando obrigatório o entendimento dos trabalhadores para o conhecimento e manuseio desses sistemas.

Outro problema sobre dificuldades da administração pública municipal diz respeito à forma de atuação do Ministério da Saúde por meio da publicação excessiva de portarias. Este instrumento caracteriza-se por conter linguagem pouco acessível à maioria dos trabalhadores da saúde, além de serem distantes das realidades locais de gestão.

Segundo Machado (2007), as portarias foram apontadas como um dos principais instrumentos que caracterizam a função de formulação de políticas e planejamento em saúde do Ministério da Saúde no período de 1990 a 2002. Machado (2007) afirma ainda que, a partir de 1999, houve grande aumento do número de portarias federais e que a maioria delas relaciona-se aos aspectos operacionais e mecanismos de financiamento do SUS. Esse enorme volume de portarias também acabou por prejudicar a condução da gestão em saúde no âmbito municipal, à medida que desvalorizou os aspectos tratados pelas realidades locais.

Há que se destacar que este problema não se relaciona somente ao excesso de portarias e a constituição pouco dialogada deste instrumento. Mas sobretudo, correlaciona-se à conformação das relações intergestores e dos diferentes projetos políticos em disputa no que diz respeito ao papel de cada esfera de gestão na construção do SUS. O que denota a existência de um modo centralizado de construir políticas públicas no âmbito do SUS.

No que se refere à perspectiva de escassez de profissionais médicos no mercado para trabalho na área pública, a análise das políticas implementadas pelo município no período de 2000 a 2011, apontou este obstáculo como importante fator restritivo à manutenção da oferta de serviços à população, principalmente a partir de 2009, tal como relata o Relatório de Avaliação da Gestão do ano (DIADEMA, 2010).

Um importante acontecimento citado pela gestão foi a necessidade de implantar em 2009 rodízio de médicos em algumas especialidades, principalmente no que se refere à cobertura dos plantões dos Pronto-Atendimentos, dada a perda de 460 horas médicas mensais neste ano (DIADEMA, 2009).

Em 2010, a gestão apontou esta problemática como de aspecto regional e nacional. Isso porque, mesmo tendo sido realizados concursos públicos e inúmeros processos seletivos no período, a demanda por médicos não foi sanada na sua totalidade. A gestão municipal apontou como fator representativo da causa deste fenômeno a restrição orçamentária e financeira de Diadema, que atuou na impossibilidade municipal de ofertar salários atrativos para esta classe profissional, principalmente na comparação entre os municípios da região²³. Essa dificuldade foi observada também no ano de 2011, que estimou um déficit de médicos da ordem de 20% na Atenção Básica e prevalência desta escassez nas demais áreas de assistência à saúde (DIADEMA, 2011).

Sobre esta temática, a Pesquisa Demográfica Médica de 2011 apurou que a diferença entre a concentração de médicos no setor privado é muito superior ao do setor público sendo, respectivamente, de 7,60 e 1,95 por mil habitantes no Brasil. Essa constatação foi identificada pela pesquisa como advinda dos poucos investimentos públicos na saúde pública brasileira, o que vai à contramão do objetivo de implementar um sistema público universal tal como preconizado pelo SUS. Desta forma, segundo a pesquisa, maiores investimentos no setor privado descrevem a tendência de concentração de médicos no setor que atende a minoria da população (CREMESP, 2011).

Porém, o problema identificado como a escassez de médicos poderia ser atacado pela gestão municipal (além da realização concursos e contratação de médicos) através da condução de um movimento importante acerca da revisão do

²³ Esta é uma constatação que tem aspectos muito mais abrangentes e complexos. A questão do trabalho médico é perene na gestão dos sistemas de saúde. Segundo Feuerwerker (1998) esta escassez está intimamente relacionada às características das instituições formadoras, às tendências do mercado e às barreiras impostas pela corporação.

modelo assistencial (feita em parte em Diadema) por meio do fortalecimento das equipes multiprofissionais e ampliação da resolubilidade da Atenção Básica com as ações da regulação, entre outras. Tal aspecto será analisado em itens que se seguem na análise.

No que tange à relação federativa entre os gestores do SUS, observou-se inúmeras estratégias da gestão municipal em estabelecer pactuações entre as referências regionais e cofinanciamento de suas ações por meio de parceria com outros entes da federação.

Durante o período analisado, a gestão em saúde municipal participou ativamente (e em algumas vezes coordenando as discussões) dos espaços regionais de discussão e pactuação, como o Colegiado de Gestão Regional e demais colegiados temáticos. Foi dada ênfase à articulação regional para implementação das Redes de Atenção preconizadas pelo Ministério da Saúde, participou das discussões e redimensionamentos da PPI desde sua constituição em 2008, e articulou-se nas Conferências de Saúde Estaduais e Nacionais em busca de maior participação dos demais entes no financiamento da saúde pública municipal.

Porém, apesar desta atuação ativa, foi comumente observada, nos Relatórios de Avaliação da Gestão, a temática da insuficiência de referências regionais para encaminhamento de demandas de exames e consultas especializadas. Sendo apontado esse fator como um dos principais motivos para a implantação do Quarteirão da Saúde, que conseqüentemente acabou por inferir custos ainda maiores para administração municipal.

Como outro exemplo, no ano de 2010, a gestão avaliou que a escassez de médicos para cobrir os plantões do Pronto Socorro Municipal foi agravada pela escassez de referências regionais hospitalares.

Além disso, outro ponto apontado como obstáculo para a gestão em 2010 foi a gestão do Hospital Estadual Diadema ser realizada pelo próprio hospital, que não atende demanda espontânea dos munícipes diademenses. Segundo o apontado pela gestão, a gerência do Hospital Estadual Diadema seria otimizada se fosse realizada pela Regional em cogestão com o próprio município (DIADEMA, 2010). Porém, apesar da representação da saúde trazer a temática para as reuniões do Colegiado de Gestão Regional, chegando o tema a ser levado à CIT, a mudança sugerida na estrutura de gerência do Hospital Estadual não foi implementada até o ano de 2011. Assim, o Termo de Cooperação entre Entes Públicos (TCEP) proposto por Diadema não foi assinado, dada a negativa da gestão do Estado de São Paulo. Apesar do apoio do Consorcio Intermunicipal do Grande ABC e COSEMS.

No que se refere às políticas de saúde implementadas via cofinanciamento das demais esferas de gestão, destacou-se na análise das políticas implementadas no período as ações cofinanciadas pelo Ministério da Saúde, apesar de serem classificadas pela gestão como significativas, ainda que insuficientes.

O cofinanciamento do Estado (relativo às transferências estaduais ao Fundo Municipal de Saúde) foi classificado como praticamente ausente durante todo o período analisado. Tal assertiva se faz mais presente principalmente a partir do ano de 2009 nos Relatórios de Avaliação da Gestão. O aspecto do financiamento destas ações será analisado no item seguinte deste capítulo. Contudo, nenhum serviço de saúde ofertado pela administração municipal foi fechado por falta de recursos

municipais. Porém, a situação econômica e financeira restritiva foi apontada na totalidade dos Relatórios de Gestão como oriunda principalmente desta escassez de parceria dos entes federados no financiamento de suas ações.

As dificuldades na condução e manutenção das contratações de serviços que se agigantam a partir da grande expansão da oferta de serviços e ações de saúde, também foram temas observados na análise das políticas implementadas no período. Ficou demonstrado, no item anterior deste trabalho, que a secretaria municipal de saúde não detinha de recursos próprios suficientes (de forma que não se comprometesse de maneira significativa o orçamento municipal com o custeio de ações e serviços públicos de saúde) para prover a totalidade de serviços em saúde que haviam sido propostos. Tal constatação alicerça-se nos relatos dos gestores registrados em seus Relatórios de Avaliação da Gestão do período.

Um significativo exemplo dessa constatação foi a adesão municipal à política de Estratégia da Saúde da Família em 2006, que teve como consequência o início de uma parceria com a UNIFESP. Essa parceria foi estabelecida para dar provimento à demanda de pessoal que a implementação da política de Saúde da Família demandava, tendo em vista a necessidade de ampliação de profissionais nas equipes - médico, enfermeiro e agentes comunitários de saúde e os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

O crescimento nas contratações de serviços deu-se também em virtude do início do Quarteirão da Saúde. Foi necessário conveniar serviços especializados de Diagnóstico por Imagem, Fisioterapia, Endoscopia e Oftalmologia. Além do investimento em novos equipamentos, foi necessário contratar serviços de manutenção preventiva e corretiva para os mesmos.

Para além desses serviços específicos para o Quarteirão da Saúde, foram também contratadas empresas para o provimento de serviço de Raio-X, no Pronto Socorro do Hospital Municipal e no Pronto Atendimento da Unidade Básica de Saúde do Eldorado. Para a totalidade de serviços de saúde do sistema municipal, foi necessária a contratação de serviço de limpeza hospitalar, vigilância patrimonial, entre outros.

Diante do crescimento do número de parceiros contratados ou conveniados, foi necessário que a Secretaria Municipal de Saúde ampliasse o investimento da gestão nas ações de monitoramento e controle. Este esforço exigiu a formação de nova estrutura de funcionamento do Setor de Contratos e Convênios da Área Administrativa e Financeira. Essa nova estruturação da área também exigiu uma capacitação dos técnicos do Departamento de Regulação, Auditoria, Avaliação e Controle no tocante à forma de administração desses contratos (DIADEMA, 2011).

Todos os aspectos comentados anteriormente contribuíram para o entendimento do cenário de dificuldades a respeito da sustentabilidade do sistema público municipal de saúde. Vale ressaltar que estes aspectos estão intimamente ligados à caracterização do tipo de modelo de atenção que se perpetuou no município.

Na análise das políticas implementadas pela gestão em saúde no período, a discussão e planejamento referentes ao modelo de atenção fizeram-se presentes em alguns momentos. A partir de 2005, a gestão iniciou as discussões em nível central acerca da elaboração de um planejamento para inserção do sistema municipal de saúde na estruturação da Política Nacional de Atenção Básica, por meio da implantação da Estratégia de Saúde da Família.

Já a partir de 2006, com o planejamento já elaborado e inserido no rol de estratégias do Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, a Estratégia de Saúde da Família começou a ser implantada no município. Para tanto, foram realizadas inúmeras oficinas com os profissionais da rede básica e discussões junto às comunidades locais.

Durante o ano de 2007, o planejamento das ações necessárias à alteração do modelo de atenção na Atenção Básica foi conduzido como programado, garantindo o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família. Em 2008, tendo em vista as necessidades de adequação de infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde - a fim de atenderem as novas diretrizes de funcionamento da Estratégia de Saúde da Família - foram realizadas reformas prediais e contratação de pessoal para o provimento dos profissionais necessários para a composição das equipes.

Em 2009, 2010 e 2011 as ações para a continuidade da manutenção da Estratégia de Saúde da Família continuaram em vigor. Assim, em 2011 o sistema municipal de saúde passou a contar com uma cobertura da Estratégia de Saúde da Família para 93% da população, tendo como meta do planejamento atingir 100% no primeiro trimestre de 2012. Todas essas ações foram evidenciadas nos Relatórios de Gestão elaborados no período, conforme analisados no item 4.

Porém, apenas a implantação das diretrizes da Saúde da Família não foi suficiente para a mudança do modelo de atenção.

Para além da Atenção Básica, a área específica de Saúde Mental também trabalhou em prol de implementar o modelo preconizado pela Reforma

Psiquiátrica²⁴, com a criação da Rede de Atenção Psicossocial. Este tema esteve presente no Plano Municipal de Saúde de 2009 a 2012, como meta a ser alcançada (DIADEMA, 2009a). Desta forma, a partir principalmente do ano de 2009, foram implementadas inúmeras ações de revisão e reformulação de fluxos de acesso na área. Nesses anos, foram criadas outras unidades de CAPS sendo que, em 2011, já se contava com três unidades de CAPS tipo III, uma unidade de CAPS AD tipo III e um CAPS Infantil²⁵.

A fim de potencializar a discussão e a implantação de um novo modelo de atenção à saúde no município, em 2009 a gestão central da Secretaria Municipal de Saúde passou a atuar sob a forma de colegiados. Para tanto, foi estruturado um Colegiado Gestor (eixo central da tomada de decisão da gestão) e outros demais colegiados temáticos das áreas, articulados a esse. Com esta proposição, a gestão objetivava disseminar as discussões e escolhas da gestão para os rumos do sistema municipal de saúde.

Dada a exceção à implantação do Modelo de Atenção da Política de Atenção Básica preconizada pelo Ministério da Saúde, a qual o município aderiu a partir de 2006, à implementação na área de Saúde Mental do Modelo de Atenção preconizado pela Reforma Psiquiátrica, e à implementação do Modelo de Gestão voltado às discussões colegiadas (que são modelos que visam à maior articulação da rede de saúde municipal e à construção do cuidado baseado na valorização da produção em

²⁴ O movimento da Reforma Psiquiátrica surgiu paralelamente ao SUS, e teve como objetivo implementar formas e serviços de saúde alternativos ao manicômio, implementando a desinstitucionalização. Ver Amarante (2001).

²⁵ Os CAPS são tipificados segundo a clientela de atendimento e porte das cidades onde funcionam. Os CAPS tipo III funcionam 24 horas e atendem público adulto com transtornos mentais severos em grandes cidades. Os CAPS AD tipo III funcionam 24 horas e atendem público adulto dependente de álcool e outras drogas em grandes cidades. E o CAPS infantil atende crianças e adolescentes durante o dia em cidades de médio porte.

saúde, segundo as necessidades da população tal como evidenciam Merhy e Franco (2000)), o intenso crescimento da oferta de serviços públicos municipais, o crescimento da massa de trabalhadores em saúde, o agigantamento da produção em saúde e as restrições orçamentárias e financeiras puderam ser considerados aspectos que contribuíram para classificar o tipo de Modelo de Atenção instaurado em Diadema como um Modelo Médico Hegemônico. Cabe destacar que, sem dúvida, na prática, esse modelo acabou por divergir da intencionalidade da gestão municipal em adotar ações integrativas e qualificadoras do sistema.

Assim, apesar da gestão em saúde no período analisado ter discutido e praticado estratégias e políticas que vislumbravam a mudança de modelo de atenção, o Modelo Médico Hegemônico atuou de forma significativa no SUS de Diadema. De tal forma, o desenho assistencial de Diadema apresentou no período aspectos constitutivos deste modelo. Por tanto, observou-se de maneira clara a disputa permanente e os conflitos existentes entre os modelos preconizados pela gestão e o Modelo Médico Hegemônico. Tal constatação pode ser verificada, além dos fatores já relacionados, por exemplo, pela incoerência entre o objetivo da gestão de qualificar e fortificar a Atenção Básica e a elevação da representatividade dos gastos com incorporação tecnológica (em que se destaca a construção do Quarteirão da Saúde).

Isso porque, a agenda do movimento do Capital²⁶, no modo de produção capitalista, acaba por influenciar todos os modelos tecnoassistenciais, mesmo os que preconizam a Educação Permanente, a Promoção em Saúde, a Prevenção, o Modelo

²⁶ Para compreender o movimento do Capital na história da evolução da sociedade, ver Chesnais (2005).

de Saúde da Família, as Ações Programáticas, a valorização do cuidar e a autogestão, tais como os adotados no município no período.

Este movimento produz, como consequência, a concentração nos saberes tecnológicos em detrimento das tecnologias relacionais e trabalho vivo, concentrando-se na medicalização. Este modelo, derivado da captura do trabalho vivo do médico, é um dos grandes responsáveis pela tendência crescente dos custos no setor saúde. Isso porque a prescrição e os exames isolados não têm potencialidade suficiente para a manutenção da saúde (tida como bem-estar) da população.

Apesar desta constatação, cabe salientar que o município, em 2011, obteve nota de 6,44 no índice de desempenho do SUS – IDSUS (2012). Uma excelente classificação na comparação com municípios homogêneos. Assim, tendo sido constatada a instauração de características do Modelo Médico Hegemônico, cabe questionar se este índice capturou uma maioria de dimensões que caracterizaram tal modelo.

Essa tendência de elevação dos custos de manutenção do sistema público municipal de saúde está evidenciada na análise sobre o financiamento e os gastos do município, item a ser abordado em seguida.

5.2 ASPECTOS DO FINANCIAMENTO EM SAÚDE E IMPACTOS ORÇAMENTÁRIOS

A análise dos aspectos do financiamento e os impactos orçamentários, em termos de gasto, para assegurar a manutenção do sistema de saúde do município no

período, indicou um crescente comprometimento dos recursos do Tesouro Municipal com ações e serviços de saúde.

Esse aumento no comprometimento dos recursos municipais com a área da saúde, atrelado a outros importantes agravantes da gestão financeira do município - como os sequestros judiciais de receitas ocorridos em 2009 - contribuíram para a consolidação de importantes entraves financeiros e econômicos à sustentabilidade do sistema municipal de saúde, ao longo do período de 2000 a 2011.

Os sequestros judiciais de receita ocorridos em 2009 contabilizaram R\$ 38 milhões (aproximadamente 7% do montante das receitas líquidas do ano do município) segundo informações da Agência de Notícias do SEBRAE, (SEBRAE, 2010). Este advento pautou discussão na Frente Nacional dos Municípios, coordenado pelo prefeito Mário Reali, que resultou na aprovação da Emenda Constitucional nº 62 aprovada em dezembro de 2009 que regulamentou a estrutura de pagamento de precatórios de estados e municípios de forma que estes sequestros não mais prejudicassem a saúde financeira destes entes da federação.

Mais além, o município logo se adequou às novas regras definidas pela proposta de Emenda Constitucional, criando para tanto, os Decretos Municipais nº6472 e 6481, que definiram a aplicação de 1,5% das receitas correntes líquidas, o fluxo de depósito destes valores junto ao Tribunal de Justiça do Estado e a estratégia de pagamentos por ordem crescente de valores (CLICABRASILIA, 2010).

Para demonstrar o comprometimento dos recursos municipais com a saúde, merece menção a evolução do percentual de recursos próprios de Diadema com saúde, entre 2000 a 2011, conforme a Tabela 3. Antes desta visualização, é importante mencionar que a Emenda Constitucional nº 29/2000, regulamentada pela

Lei Federal 141/2012, estabelece que o município deve aplicar em saúde 15%, no mínimo, das receitas de impostos, compreendidas as transferências constitucionais.

Tabela 3 – Percentual de recursos próprios municipais aplicados em saúde em Diadema de 2000 a 2011

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
41,14	26,73	23,64	30,93	30,9	30,93	28,2	28,87	31,05	34,02	30,87	31,55

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS

A Tabela 3 indica que, em nenhum dos anos do período em análise, Diadema aplicou menos de aproximadamente 25% de seus recursos próprios em ações e serviços de saúde. É importante destacar os investimentos realizados no ano de 2000, em que o município aferiu um percentual de 41,14%. Este significativo percentual aplicado em saúde no ano de 2000 pode ser relacionado ao período pré-eleitoral municipal, tal como os anos de 2004 e 2008.

Este elevado grau de comprometimento do orçamento municipal com ações e serviços públicos de saúde acompanhou a expansão dos serviços disponibilizados pelo município à população, e acabou por prejudicar o desenvolvimento de programas e ações de outras áreas, à medida que a área de educação também apresenta uma exigência constitucional de aplicação de 25%, no mínimo, das receitas próprias. Por sua vez, cabe dizer que no Plano Municipal de Saúde - 2009 a 2012, houve uma ênfase da Secretaria Municipal de Saúde em priorizar a promoção de

ações integradas entre as diferentes secretarias (DIADEMA, 2009a). Porém, mesmo promovendo tais estratégias, ainda foi muito complexo gerir um orçamento municipal com este elevado grau de comprometimento dos gastos em saúde (DIADEMA, 2011).

Outra saída adotada pela gestão municipal foi a de expandir suas parcerias com Governo Federal e Estadual no financiamento de suas ações em saúde. Porém, a participação do governo do Estado de São Paulo no financiamento de ações em saúde municipais foi muito baixa e até mesmo inexistente em alguns anos. Segundo dados do SIOPS (2012), o percentual da participação do Estado no financiamento municipal, entre 2003 a 2011²⁷, nunca ultrapassou 1%. Cabe destacar que este percentual refere-se somente às transferências estaduais ao Fundo Municipal de Saúde de Diadema, sendo assim, nesta perspectiva não estão contemplados os recursos estaduais empregados nos custeio de serviços de saúde de referência regional utilizados pelos cidadãos de Diadema e os custos de manutenção do hospital Estadual Diadema.

Tal estratégia passou a ser alvo da gestão municipal central principalmente a partir de 2009 - ano em que o município passou por dificuldades de solvência orçamentário-financeira devido a sequestros judiciais de receita originados de precatórios (inclusive de verbas de transferência federal para saúde). Nessa perspectiva, tal situação passou a exigir dos gestores ações estratégicas voltadas à otimização dos custos na prestação dos serviços e expansão das receitas de transferências federais e estaduais. (DIADEMA, 2009).

²⁷ Não há informação disponível no banco de dados do SIOPS para o período de 2000 a 2002.

No que se refere à parceria no financiamento, o município sempre contou com maior participação do Governo Federal. A média de participação do Governo Federal no custeio de ações e serviços públicos de Diadema, no período de 2003 a 2011, foi de 28%, conforme a Tabela 4.

Tabela 4 – Percentual de participação no montante de despesas totais em saúde de Diadema por Ente da Federação de 2003 a 2011

Ente da federação	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Governo Federal	25%	26%	29%	35%	28%	27%	26%	28%	27%
Estado	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%
Município	75%	74%	71%	65%	72%	72%	74%	72%	72%

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS

O agravante é que mesmo contando com a participação de recursos do Governo Federal no custeio de seus gastos com saúde, o município assistiu a um desnivelamento de crescimento entre as despesas com recursos próprios municipais por habitante e as transferências de recursos dos outros entes da federação por habitante (transferências SUS). Esse hiato, no período analisado, tornou-se cada vez maior, de acordo com o Gráfico 6.

Gráfico 6 – Despesas com saúde de Diadema por habitante segundo fonte de 2000 a 2011

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS

Conforme o Gráfico 6, as transferências SUS por habitante no período cresceram em proporções significativamente menores que as despesas com recursos próprios por habitante. Este fator representou a insuficiência dos recursos de transferências para a manutenção do crescimento da oferta de serviços do município. A linha da despesa total com saúde por habitante, em que se considera as duas fontes de financiamento (recursos próprio e recursos advindos de transferências), apresentou crescimento ainda mais acelerado. Observou-se que, a partir de 2008, acelerou-se o distanciamento entre as linhas da despesa com recursos próprios e a de despesas com transferências SUS. Uma das justificativas para essa constatação é o

início de funcionamento do Complexo do Quarteirão da Saúde a partir de maio de 2008.

O município de Diadema apresentou ainda elevado grau de dependência de sua receita disponível em relação ao Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS). Isso se deveu à representatividade econômica de seu terceiro setor, com índice médio, no período de 2002 a 2008, de 50,86% (maior que o índice da Região do Grande ABCD em 5 ponto percentuais). Tal constatação pode indicar uma menor “possibilidade do município de executar políticas públicas, dependendo dos recursos transferidos constitucionalmente” (Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo, 2010, p.23).

De certa forma, é possível dizer que, embora o município tenha ampliado o gasto com recursos próprios na saúde, os recursos provenientes das outras esferas de governo para o custeio de suas ações e serviços de saúde foram fundamentais no custeio de seu sistema municipal, especialmente das transferências constitucionais.

De maneira geral, os problemas apontados no financiamento da saúde em Diadema não divergem do quadro geral do financiamento do SUS, podendo ser citados como: a insuficiência de recursos próprios e das outras esferas de governo para assegurar a manutenção do sistema municipal de saúde; o grau de dependência da receita disponível dos municípios em relação ao ICMS (Imposto de arrecadação do governo estadual) ²⁸; a concentração de recursos de transferências federais na Atenção da Média e Alta Complexidade em detrimento da Atenção Básica; a rígida operacionalização da execução dos recursos transferidos; o crescimento da proporção dos gastos em saúde com serviços de terceiros e pessoa jurídica no total de despesas

²⁸ O conceito de Receita Disponível refere-se ao total da receita de impostos, compreendidas as transferências constitucionais. A cota-parte do ICMS é uma dessas transferências.

com saúde; a característica do sistema de financiamento que prioriza esquemas atrelados à prêmio por desempenho e produção em saúde (incentivos financeiros); entre outros. Tal como relatam Marques e Mendes (2002).

Particularmente, no tocante aos incentivos financeiros por desempenho e produção em saúde, é possível dizer que esse esquema fomenta a adoção de políticas expansionistas por parte da gestão municipal em relação à oferta de serviços em saúde, além de não condizer com o princípio de equidade na forma de distribuição dos recursos federais. Além disso, dada a situação de restrição orçamentária e financeira, o município acabou por aderir às políticas e projetos disponibilizados pelo Ministério da Saúde em busca da expansão de receitas não exclusivas do tesouro municipal, independentemente de sua real necessidade em saúde ou realidade local.

Desde a Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde, nº 204/ 2007, o financiamento das ações em saúde provenientes das transferências federais assumiu a estrutura de blocos de financiamento. Naquele momento foram criados cinco blocos: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde e Gestão SUS. Esta iniciativa do Ministério da Saúde visava reduzir o número de linhas de financiamento que havia e que dificultavam a gestão municipal de saúde, dado que para cada linha, correspondente a incentivos, havia uma série de normativas que regiam sua aplicação.

No ano de 2009, o Ministério da Saúde criou mais um bloco de financiamento, o de Investimentos, por meio da publicação da Portaria 837/Gabinete do Ministro. Porém, mesmo após a mudança da estrutura de financiamento, o que o município assistiu foi a criação de uma série de outras linhas de financiamento ligadas a cada bloco. Assim, a lógica do cenário de várias linhas de financiamento

voltou a perdurar (apesar de ser em forma mais amena) na lógica do financiamento federal da saúde.

Este cenário vigorou durante todo o período de análise das políticas de saúde implementadas em Diadema. Assim, como em todos os outros anos, a lógica de recursos recebidos pela esfera federal em 2011 denotou a prevalência de expansão de serviços e produção em saúde. Tal verificação pode ser observada pelo Quadro 2 de memória de cálculo das transferências do Ministério da Saúde no ano:

Quadro 2 – Memória de Cálculo dos repasses Federais Diadema/2011
(Portarias até set/2011)

BLOCO ATENÇÃO BÁSICA		
COMPONENTE: PABFIXO	PAB FIXO	R\$18,00/HABITANTE AO ANO - DIADEMA 386.039 (IBGE 2010) PRT 1.602/GM DE 09/07/2011 – MANTIDO MESMO HAVENDO REDUÇÃO POPULACIONAL.
COMPONENTE: PAB VARIÁVEL	ACS	MÉDIA (JAN - JUN/11: 457) - R\$750,00/ACS MÊS (PRT 1.599/GM 09/07/2011)
	INCENTIVO ACS	PARCELA EXTRA AO ANO - REFERENTE A COMPETÊNCIA OPERACIONAL DE AGOSTO PAGO NO ÚLTIMO TRIMESTRE
	INC. SAÚDE BUCAL	IMPLANTAÇÃO: R\$ 7.000,00 POR ESB
	NASF	R\$20.000,00/NASF ANO - DIADEMA 9 NASF
	INCENTIVO NASF	NASF 1: R\$ 20.000,00 NASF 2: R\$ 6.000,00 (IMPLANTAÇÃO)
	SAÚDE BUCAL	ESB I: R\$2.100,00 E ESB II: R\$ 2.800,00 POR ESB AO MÊS MÉDIA JAN - JUN/2011 (PRT 1.599/GM DE 09/07/2011)
	SAÚDE DA FAMÍLIA	MÉDIA (JAN- JUN/11: 74 EQUIPES) - ESF I: R\$ 10.500,00/MÊS, ESF II: R\$6.700,00/MÊS - DIADEMA 19 ESF I (PRONASCI)
	INCENTIVO PSF	IMPLANTAÇÃO: R\$ 20.000,00 EM DUAS VEZES
	PROG. SAÚDE NA ESCOLA	PARCELA EXTRA AO ANO - MÁXIMO 10 ESF (R\$6.400,00) (PRT 1.537/GM – 15/06/2010)
BLOCO MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE		
COMPONENTE: FAEC	MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO	(MÉDIA JAN – MAIO 2011: R\$41.193,00) - VALOR VARIÁVEL CONFORME PRODUÇÃO
	TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	(MÉDIA JAN – MAIO (EXCETO FEV) 2011: R\$2.380,47) - VALOR VARIÁVEL CONFORME PRODUÇÃO
COMPONENTE: LIMITE MAC	CEO	1 CEO TIPO III - R\$ 15.400,00/MÊS (PRT HABILITAÇÃO 3.440/GM DE 11/11/10)
	CEREST	CEREST - R\$30.000,00/MÊS
	SAMU	4 EQUIPES SUPORTE BÁSICO (4xR\$12.500,00/MÊS) + 1 EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADO (R\$27.500,00/MÊS) + 1 CENTRAL SAMU (R\$49.000,00/MÊS) = R\$126.500,00/MÊS (PRT 2.026/GM DE 24/08/2011)
	TETO	ÚLTIMA DEFINIÇÃO PUBLICADA PELA PRT 463/SAS DE 17/08/2011

BLOCO: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA		
COMPONENTE: BÁSICO ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	PROGRAMA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA	ÚLTIMA DEFINIÇÃO PUBLICADA PELA PRT4.217 DE 28/12/2010. VALORES POR HABITANTE.
COMPONENTE: FARMÁCIA POPULAR	PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	R\$ 10.000,00/FARMÁCIA POPULAR AO MÊS - DIADEMA POSSUI 2 UNIDADES. PRT 184/GM DE 03/02/2011 APROVA NORMAS OPERACIONAIS
BLOCO DA VIGILÂNCIA A SAÚDE		
COMPONENTE: PFVPS	PFVPS	EM 22/12/2009 PUBLICA-SE A PRT 3.252/GM QUE APROVOU AS NOVAS DIRETRIZES PARA EXECUÇÃO E FINANCIAMENTO DAS AÇÕES EM VIGILÂNCIA À SAÚDE. E EM 11/03/2010, PUBLICA-SE A POC Nº01/SVS QUE DEFINE VALORES ANUAIS PARA OS ESTADOS PARA O PFVPS (PISO FIXO DA VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO EM SAÚDE) E PVVPS (PISO VARIÁVEL DA VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO EM SAÚDE). SENDO OS VALORES PARA OS MUNICÍPIOS A SEREM PACTUADOS PELA CIB. VALORES PACTUADOS PELAS PORTARIAS: 1.105/GM DE 12/05/2010, 1.106/GM DE 12/05/2010, 1.083/GM DE 11/05/2010. POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (VISA – ESF): PRT 4.074/GM DE 17/12/2010. PFVPS – CAMPANHAS DE VACINAÇÃO – PRT 1.267/GM DE 01/06/2011. PVVPS – INQUÉRITO VIG VIOLÊNCIAS E ACIDENTES – PRT1.265/GM DE 01/06/2011. VIG. SANITÁRIA – VALORES DEFINIDOS PELA PRT 1.397/GM DE 15/06/2011 REPASSES QUADRIMENSAIS, EXCETO POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (PARCELA ÚNICA) E REPASSES DE CAMPANHA DE VACINAÇÃO QUE SÃO ESPORÁDICAS.
	CAMPANHAS DE VACINAÇÃO	
COMPONENTE: PISO VARIÁVEL DA VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE - PVVPS	PROG. NAC. HIV/AIDS OUTRAS DSTs	
	HIV/AIDS – FÓRM. INFANTIL ADICIONAL	
	INC. INQUÉRITO VIOLÊNCIAS/ ACIDENTES	
	POL. NAC. PROMOÇÃO SAÚDE	
	(VISA - ESF)	
COMPONENTE: VIGILÂNCIA SANITÁRIA	AÇÕES ESTRUTURANTES	
	PISO ESTRATÉG. GERENC. DE RISCO	
	PISO ESTRATÉG. GERENC. DE RISCO - SERVIÇOS E PRODUTOS	
BLOCO INVESTIMENTO		
COMPONENTE: PRÉ-HOSP.FIXO	UPA (PAINEIRAS)	REPASSE CONFORME EXECUÇÃO DO PROJETO - TOTAL R\$1.800.000,00
COMPONENTE: PRÉ-HOSP. FIXO PAC2	UPA III (PIRAPORINHA)	REPASSE CONFORME EXECUÇÃO DO PROJETO - TOTAL R\$2.600.000,00
COMPONENTE: PLANO NAC. UBS PARA ESF	UNIDADE BÁSICA PARA ESF (CAMPANÁRIO)	REPASSE CONFORME EXECUÇÃO DO PROJETO TOTAL R\$666.666,67
COMPONENTE: PLANO NACIONAL DE UBS PARA ESF PAC2	UNIDADE BÁSICA PARA ESF (UBS PAULINA)	REPASSE CONFORME EXECUÇÃO DO PROJETO TOTAL R\$266.666,67
BLOCO GESTÃO SUS		
COMPONENTE: QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO NO SUS	INC. IMP. DE COMP. REGULADORES	REPASSE CONFORME EXECUÇÃO DO PROJETO - TOTAL R\$700.070,00 - REFERENTE À COMP. DE 2009
	INC. IMP. PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DOS CAPS 2008	REPASSE CONFORME EXECUÇÃO DO PROJETO - TOTAL R\$10.000,00 (MUNICÍPIO COM DOIS PROJETOS PENDENTES) REPASSE REFERENTE À COMPETÊNCIA DE 2007 E 2008
	PROG. DE FIN. AÇÕES ALIM. E NUTRIÇÃO (FAN)	REPASSE PONTUAL AO ANO – VALORES DEFINIDOS PELA PRT 1.630/GM DE 24/06/2010
	PARTICIPA SUS	REPASSE PONTUAL AO ANO – VALORES DEFINIDOS PELA PRT 3.329/GM DE 29/10/2010

Fonte: Departamento Administrativo e Financeiro/Área Econômica – Secretaria Municipal de Saúde

Como se observa pelo Quadro 2, as únicas linhas de transferências federal que tiveram como critério de repasse um parâmetro que pôde ser classificado como mais próximo (apesar de muito distante) da ideia de equidade foi o Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), o Programa de Assistência Farmacêutica Básica, e o Componente da Vigilância Sanitária, em que são alocados recursos anuais por habitante ao ano.

Este parâmetro de transferências de recursos segundo contingente populacional aos municípios, apesar de diferenciar-se dos demais por não contemplar critérios atrelados à produção e incentivos, e não estimularem a ampliação de oferta de recursos, não pode ser caracterizado como equitativo. Isto porque, são montantes iguais transferidos a todos os municípios segundo seu número de habitantes, e sendo assim, não consideram nenhum parâmetro que estabeleça relação com as grandes disparidades locais existentes no território brasileiro.

Critérios de financiamento equitativos²⁹ são determinados por parâmetros que estabeleçam relação com as diferentes desigualdades sociais locais, os PIBs municipais, diferentes receitas municipais, indicadores que retratem as necessidades epidemiológicas, diversas capacidades instaladas das redes de saúde locais, entre outros.

Assim, até mesmo no Bloco da Atenção Básica, a maior parte das linhas de financiamento é relacionada ao número de Equipes de Saúde da Família, Equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família no Programa Saúde na Escola e Equipes de Saúde Bucal implantadas. Para além de repasses mensais, houve ainda os repasses

²⁹ Para compreender a definição e metodologias de mensuração de equidade, ver Porto et al (1995)

denominados por incentivos, que tiveram como parâmetro o repasse de recursos pontuais para implantação de novas equipes. Desta forma, excetuando-se o Piso Fixo (que possui como valores atualizados R\$18,00 reais por habitante/ano segundo a Portaria 1.602 do Gabinete do Ministro de 09/07/2011), o Bloco da Atenção Básica favoreceu claramente a expansão do número de equipes e, consequentemente, a expansão de oferta de serviços de saúde à população. Os valores destas linhas são atualizados também por Portarias Ministeriais e são atrelados a um valor mensal por equipe cadastrada, exceto o Programa Saúde na Escola, que transfere uma única parcela ao ano relativa também ao número de Equipes de Saúde da Família cadastradas no Programa. Há de se destacar ainda que os valores de repasses mensais das equipes são muito inferiores ao custo mensal do número de profissionais necessários para cadastrá-las junto ao Ministério da Saúde.

O Bloco da Média e Alta Complexidade repetiu a mesma lógica de transferência, porém, tendo como inovação o parâmetro de repasse por produção de procedimentos em saúde. Nesse bloco, as linhas de transferência do Teto da Média e Alta Complexidade, Mamografia por Rastreamento e Tratamento Odontológico possuíam como regra de repasse a quantidade e tipo de procedimentos em saúde executados no município no período. É importante evidenciar que o Teto da Média e Alta Complexidade é mensurado por série histórica de produção, sendo reavaliado pelo Colegiado Regional e pela Comissão Intergestores Bipartite periodicamente, a partir da PPI. As demais linhas de repasse, o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Referência da Saúde do Trabalhador (CEREST) e SAMU, possuem como parâmetro o cadastramento de serviços, equipamentos e profissionais junto ao Ministério da Saúde. Por exemplo, o SAMU recebe recursos referentes ao

cadastramento de suas quatro equipes de suporte básico, uma equipe de suporte avançado e uma Central SAMU, e seus valores estão atualizados pela Portaria 2.026 do Gabinete do Ministro de 2011. Observa-se que a regra de financiamento destas linhas estava intimamente relacionada à produção em saúde e cadastro de profissionais, equipamentos e equipes, desta forma atuou como fator de fomento à expansão da oferta de serviços em saúde e expansão da produção em saúde. Assim como descrito na Atenção Básica, os recursos recebidos para estas linhas estavam muito abaixo dos custos que a implantação do sistema municipal de saúde exige.

O Bloco da Assistência Farmacêutica possuía duas linhas de financiamento, o Programa de Assistência Farmacêutica Básica e as Farmácias Populares. O primeiro tinha como regra de repasse valores pactuados entre as esferas de gestão, em que a União deve responsabilizar-se com o montante de R\$5,10 por habitante ao ano, os Estados e Distrito Federal com R\$1,86 por habitante ao ano e os municípios também com R\$1,86 por habitante ao ano. Já o Programa das Farmácias Populares do Brasil tinha como regra de financiamento o número de Farmácias Populares cadastradas junto ao Ministério da Saúde (valores atualizados de R\$10.000,00 por farmácia ao mês). Porém, tal como ocorre em todas as linhas de financiamento federais, o recurso repassado cobria apenas uma parcela dos custos auferidos com a implantação do serviço.

O Bloco da Vigilância à Saúde descreveu a mesma tendência. Assim, a linha de financiamento do Piso Fixo da Vigilância e Promoção da Saúde (PFVPS) possuía como regra de cálculo os valores regularmente pactuados pelos entes na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), e as linhas do Programa Nacional de HIV/AIDS, HIV/AIDS Fórmula Infantil, Inquérito de violências e acidentes e Política Nacional

de Promoção à Saúde possuíam como regra de cálculo a execução de projetos e políticas no ano, determinando-se o repasse pontual. O Componente da Vigilância Sanitária possuía um critério mais próximo à diretriz de equidade, tendo em vista que os recursos destinados ao Piso Estratégico e Piso Estruturante são definidos com base em valores por habitante/ano, sendo R\$0,20 e R\$0,36 respectivamente (valores atualizados segundo a Portaria 1.397 do Gabinete do Ministro de 2011). Ainda é preciso destacar que os repasses regulares (exceto os repasses relacionados à execução de projetos e políticas específicas) do Bloco da Vigilância à Saúde foram transferidos quadrimestralmente, o que prejudica o fluxo financeiro municipal do custeio das ações da área. Tal como descrito anteriormente, os recursos recebidos relativos ao bloco não cobriam a totalidade dos custos necessários para a implantação dos mesmos.

Já o Bloco de Investimentos teve como linhas de repasse projetos de construção de novos serviços de saúde. No ano de 2011 estavam em execução os projetos de construção da UPA Paineiras, UPA Piraporinha, Complexo do Campanário – Unidade Básica do Campanário e Unidade Básica de Saúde Paulina. Os projetos desse bloco possuíam cada um sua regra de transferência. Porém, no geral, os repasses são realizados em três parcelas, em que se recebe uma pequena parcela inicial (geralmente a menor de todas, por volta de 10% do valor do projeto) e depois as duas demais, segundo a comprovação de execução das anteriores. Assim, como apontado pela gestão, nenhum dos recursos de repasse dos projetos de investimento cobriam o total da obra. Por exemplo, a UPA Piraporinha ficou orçada no valor de aproximadamente quatro milhões de reais, enquanto que o repasse do Ministério da Saúde ficou programado para R\$2.600.000,00 – Diadema (2011).

No que se refere ao Bloco Gestão SUS, as linhas de transferências foram relacionadas à execução de Projetos Específicos. O Projeto de implantação de Complexos Reguladores, a Implantação do Programa de Qualificação dos CAPSs, o Programa de Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição e o Participa SUS são todos projetos pontuais e, assim como ocorre no Bloco de Investimentos, os repasses são realizados em três parcelas. Sendo a primeira em torno de 10% do valor do projeto e as demais transferidas quando da comprovação de execução das anteriores, com exceção ao Projeto Participa SUS que, definido pela Portaria 3.329 do Gabinete do Ministro, publicada em 2010, referiu-se a um repasse pontual para o desenvolvimento das seguintes ações: Auditoria do SUS; Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS; Ouvidoria do SUS; e Gestão Participativa e Controle Social no SUS.

Desta forma, verificou-se que a maioria das linhas de financiamento deste ano relacionaram-se ao fomento de expansão da oferta de serviços municipais em saúde e produção em saúde. Essa constatação pode ser descrita não somente com base nos critérios de repasse anteriormente analisados, como também na proporcionalidade do volume de recursos representado no Quadro 3:

Quadro 3 – Representação Percentual das linhas de financiamento federal em execução no Município de Diadema em 2011, segundo competência.

LINHA DE REPASSE FEDERAL	EXPECTATIVA ANO OU TOTAL PROJETO	REP. % DO TOTAL
PAB FIXO	R\$ 7.159.284,00	10,37
ACS	R\$ 4.113.000,00	5,96
INCENTIVO ACS	R\$ 342.750,00	0,50
NASF	R\$ 2.160.000,00	3,13
SAÚDE BUCAL	R\$ 1.470.000,00	2,13
SAÚDE DA FAMÍLIA	R\$ 6.816.000,00	9,88
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	R\$ 64.000,00	0,09
MAMOGRAFIA RASTREAMENTO	R\$ 494.316,00	0,72
TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	R\$ 28.565,64	0,04
CEO	R\$ 184.800,00	0,27
CEREST	R\$ 360.000,00	0,52
SAMU	R\$ 1.518.000,00	2,20
TETO MAC	R\$ 34.409.730,72	49,86
PROG. ASSIST. FARMACÊUTICA BÁSICA	R\$ 2.028.463,80	2,94
PROG. FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	R\$ 240.000,00	0,35
PFVPS	R\$ 797.708,40	1,16
CAMPANHAS DE VACINAÇÃO	R\$ 46.281,92	0,07
PROG. NACIONAL DE HIV/AIDS E OUTRAS DSTs	R\$ 296.579,70	0,43
HIV/AIDS - FÓRMULA INFANTIL ADICIONAL	R\$ 92.260,20	0,13
INCENTIVO INQUÉRITO DE VIG VIOLÊNCIAS/ACIDENTES	R\$ 28.000,00	0,04
POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (VISA - ESF)	R\$ 35.000,00	0,05
AÇÕES ESTRUTURANTES	R\$ 144.378,90	0,21
PISO ESTRATÉG. GERENC. RISCO	R\$ 75.436,89	0,11
PISO ESTRATÉG. GERENC. RISCO PRODUTOS E SERVIÇOS	R\$ 6.099,39	0,01
UPA (PAINEIRAS)	R\$ 1.800.000,00	2,61
UPA III (PIRAPORINHA)	R\$ 2.600.000,00	3,77
UNIDADE BÁSICA PARA ESF (COMPLEXO CAMPANÁRIO)	R\$ 666.666,00	0,97
UNIDADE BÁSICA PARA ESF (UBS PAULINA)	R\$ 266.666,00	0,39
INCENTIVO À IMPLANTAÇÃO DE COMPLEXOS REGULADORES	R\$ 700.070,00	1,01
INCENTIVO A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DOS CAPS 2008	R\$ 10.000,00	0,01
PROGRAMA DE FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (FAN)	R\$ 35.000,00	0,05
PARTICIPA SUS	R\$ 20.000,00	0,03
TOTAL	R\$ 69.009.057,56	100

Fonte: Departamento Administrativo e Financeiro/Área econômica – Secretaria Municipal de Saúde

Conforme apresentado no Quadro 3, as linhas que se caracterizam por parâmetros de repasse definidas por critério populacional (PAB Fixo, Assistência Farmacêutica Básica e Vigilância Sanitária) somadas, representam apenas 13,64% dos recursos em execução no ano de 2011.

Em outra perspectiva, o Bloco da Média e Alta Complexidade em 2011, como apresentado no Quadro 3, correspondeu à maior participação do total de recursos em execução no ano. Destaca-se que esse bloco foi caracterizado por não possuir nenhuma linha de financiamento atrelada a critérios de equidade.

É importante analisar, também, como a dinâmica desta representação percentual das transferências federais se comportou no período analisado, de 2000 a 2011, conforme indica a Tabela 5.

Tabela 5– Representação percentual dos Blocos de financiamento federal por regime de caixa – Diadema de 2000 a 2011.

Anos	Atenção Básica	Media e Alta Complexidade	Assistência Farmacêutica	Gestão SUS	Vigilância à Saúde	Investimentos	Diversos
2000	23,79	72,64	1,91	S/I	1,66	S/I	S/I
2001	19,57	75,54	1,73	0,07	3,09	S/I	S/I
2002	23,12	71,49	1,83	0,44	3,11	S/I	S/I
2003	22,73	72,26	1,63	0,02	3,36	S/I	S/I
2004	25,34	69,16	1,37	0,37	3,76	S/I	S/I
2005	25,77	67,62	1,55	0,34	4,06	S/I	0,68
2006	28,41	62,85	3,56	0,42	4,21	S/I	0,56
2007	28,77	62,60	3,91	0,18	3,93	S/I	0,61

2008	35,82	57,10	3,21	0,22	3,12	S/I	0,53
2009	33,70	59,99	2,99	0,08	2,79	S/I	0,45
2010	33,23	59,11	3,05	1,13	2,62	0,45	0,40
2011	32,44	57,20	3,52	1,59	2,62	2,61	0,03
Média	26,43	61,67	7,87	0,40	3,10	0,25	0,27

Fonte: Portal Saúde – Transparência na Saúde/Ministério da Saúde.

Como se pode notar, entre 2000 e 2011, o Bloco da Média e Alta Complexidade destacou-se com a maior participação do total dos recursos transferidos pela esfera federal. Na média do período, os recursos desse bloco corresponderam a 61,67% do total das transferências. Cabe mencionar que a participação desse bloco no total das transferências federais apresentou uma tendência crescente até 2003, sendo que após este ano (salvo alguns) a tendência foi de queda tênue.

O segundo bloco de maior representatividade dentre os recursos transferidos pela esfera federal nos anos foi o da Atenção Básica. Em média, os recursos deste bloco representaram 26,43% do total de recursos recebidos nos anos. Essa representatividade apresentou tendência de crescimento até 2008 e, a partir de então, praticamente estabilizou-se no patamar dos 30%. Tal dinâmica é justificada pela implantação da Estratégia de Saúde da Família no município.

O terceiro que se destacou foi o da Assistência Farmacêutica, que apresentou, em média, no período, 7,87% do total de recursos transferidos – participação muito abaixo do segundo bloco mais representativo, o da Atenção Básica.

Os demais blocos de financiamento – Gestão do SUS e Vigilância em Saúde - apresentaram representatividade pouco expressiva, sendo 0,40% e 3,10%, respectivamente. Ressalva-se que o Bloco de Investimentos só começou a ser transferido para os municípios a partir de 2010, pois foi criado em 2009, como já mencionado. A classificação Diversos relaciona-se às transferências que há época da contabilização eram classificadas como transferências não regulamentadas por blocos, como o Programa de Farmácias Populares do Brasil que, posteriormente, inseriu-se no Bloco da Assistência Farmacêutica.

Assim, ficou demonstrado que, durante o período analisado em Diadema, houve prevalência de recursos atrelados à produção em saúde e expansão da oferta de serviços. Outro aspecto problemático para a gestão da saúde municipal refere-se à concentração de recursos das transferências federais para Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade em detrimento da Atenção Básica.

Pode-se afirmar que esta constatação é incompatível com a diretriz do Ministério da Saúde, que, a partir da publicação da Política Nacional de Atenção Básica, apontou que a Atenção Básica deve ser o principal nível de atenção em saúde responsável pela promoção da assistência. Ainda, segundo esta política, a Atenção Básica é o nível de atenção prioritário do acesso da população aos serviços públicos em saúde.

Além do aspecto da iniquidade, dado que os recursos atrelados à produção pautam-se na capacidade instalada, fica evidenciado que o Bloco da Média e Alta Complexidade possui relação direta e forte com itens influenciados pelos interesses do setor privado, sobretudo prestadores e indústrias.

Como se observou, o financiamento da Atenção Básica está fortemente baseado em recursos de incentivos à implementação das políticas e diretrizes. A partir da publicação da Norma Operacional da Assistência em Saúde (NOAS) por meio da publicação da Portaria 95/Gabinete do Ministro, em 2001, havia a perspectiva que esse tipo de lógica de financiamento fosse atenuada e se reforçasse a questão da regionalização. Porém, como apontam Marques e Mendes (2001) essa perspectiva não se consolidou.

Ainda no que se refere aos principais fenômenos relacionados à estrutura de financiamento do SUS, que geram intempéries para a gestão da saúde municipal, destaca-se as dificuldades advindas da rígida operacionalização da execução dos recursos transferidos. Isso porque, apesar de as Portarias dos Blocos de Financiamento n.204 e n. 837, do Gabinete do Ministro, regulamentarem que a regra principal na execução dos recursos transferidos deva ser a aplicação dos mesmos em seu próprio nível de atenção, não existe regra pactuada entre os entes da federação e nem mesmo entre os respectivos departamentos do Ministério da Saúde sobre o que pode ser adquirido com cada tipo de recurso (relação de insumos propriamente dita). A regulamentação da Emenda Constitucional 29, pela Lei Complementar 141, trouxe como benefício ao SUS a definição do que são e o que não são despesas com saúde, porém não versou acerca das normativas que devem ser seguidas.

Um exemplo desta problemática enfrentada pelo município de Diadema, no período de análise, é o Termo de Ajuste Sanitário (TAS) assinado pela gestão municipal referente a uma compra de material de laboratório realizado entre 2011 e 2012. Segundo a auditoria realizada pelo Ministério da Saúde, de nº12.148, os recursos do Piso da Atenção Básica não poderiam financiar materiais de laboratório,

pois foram considerados materiais de Média e Alta Complexidade. Porém, assim como justificado pela gestão, grande parte dos exames de laboratório do município foram realizados para os usuários da rede básica, evidenciando o impasse com a visão da auditoria.

Contudo, o Ministério da Saúde não aceitou a justificativa e o TAS teve de ser assinado e cumprido. Assim, o valor de aproximadamente dois milhões de reais teve que sair do Tesouro Municipal para o pagamento de pessoal da atenção básica e a devolução dos recursos julgados pela auditoria como inapropriadamente empregados foram devolvidos à Atenção Básica.

Portanto, verifica-se que essa indefinição no que se refere à execução dos recursos transferidos por meio dos blocos de financiamento federais acabou por dificultar o custeio das ações e serviços públicos de saúde municipal e inflexibilizou sua utilização. Dessa forma, tal como comentam Marques et al (2005), aos municípios resta apenas o papel de executores das políticas e projetos do Ministério da Saúde.

Outro aspecto que merece comentário em relação à problemática estrutura de financiamento do SUS diz respeito ao crescimento da proporção dos gastos em saúde com serviços de terceiros e pessoa jurídica no total de despesas com saúde. Esse crescimento exige da gestão competências específicas (nem sempre desenvolvidas na administração pública) e investimento no processo de fiscalização e monitoramento.

A existência de prestação de serviços de terceiros na implementação das políticas de saúde municipais fizeram-se necessárias por uma série de motivos. Um dos principais motivos apontados pela gestão é a dificuldade na fixação de trabalho médico, insuficiência de competência técnica para a execução de processos com alto

teor tecnológico, entre outros. Mas, logicamente, o agigantamento desta esfera é correlacionado intimamente aos interesses de mercado.

Como já abordado anteriormente, o SUS possui a definição na Constituição Federal de 1988 de um sistema público que pode ser complementado pelo privado. Porém, os atuais estudos sobre a temática apontaram a soberania da esfera privada em detrimento do público tal como apontam Bahia (2011) e Santos et. al (2008). Isso porque a área da saúde constitui-se como uma esfera de alta acumulação de recursos, grande mercado consumidor, e, portanto, atraente para o setor privado. A Tabela 6 apresenta a evolução da representação percentual dos gastos com serviços de terceiros – pessoa jurídica em Diadema, entre 2000 a 2011:

Tabela 6 – Evolução da representação percentual da despesa com serviço de terceiros e pessoa jurídica sobre a despesa total com saúde – Diadema de 2000 a 2011.

Ano	Rep. % da despesa com serv. terceiros pessoa jurídica /despesa total em saúde
2000	4,25
2001	2,29
2002	18,58
2003	26,09
2004	22,68
2005	17,43

2006	20,21
2007	15,79
2008	19,43
2009	21,66
2010	30,87
2011	31,55

Fonte: Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS

Conforme a Tabela 6, entre 2000 a 2011, o município apresentou tendência de crescimento acentuada da representação percentual das despesas com serviços de terceiros e pessoas jurídicas sobre a despesa total com saúde. Esse crescimento acelerou-se principalmente a partir de 2008, o que pode ser relacionado ao início de funcionamento do Quarteirão da Saúde, em que foram ampliadas as parcerias com instituições privadas para a manutenção de seu funcionamento.

Tal ampliação das despesas com serviços de terceiros também se relacionou aos efeitos da Lei de Responsabilidade Fiscal vigente a partir do ano 2000, em que houve necessidade de contratação de trabalhadores via Organizações Sociais, como ocorreu através da UNIFESP no município.

Em síntese, a problemática sustentabilidade do sistema de saúde em Diadema relacionou-se aos aspectos até então abordados, especialmente no período entre 2000 a 2011, sendo eles: a insuficiência de recursos próprios e dos provenientes das outras esferas de governo para a manutenção do sistema municipal de saúde, principalmente no que se refere à ausência de recursos do Estado transferidos ao Fundo Municipal

de Saúde de Diadema; o grau de dependência de sua receita disponível em relação ao ICMS; a prioridade de esquemas de financiamento atrelados a prêmio (incentivos financeiros) por desempenho e produção em saúde; a concentração de recursos de transferências federais na Atenção de Média e Alta Complexidade em detrimento da Atenção Básica; a rígida operacionalização da execução dos recursos das transferências federais; e o crescimento significativo da proporção dos gastos em saúde com serviços de terceiros e pessoa jurídica no total de despesas com saúde.

Essa problemática sustentabilidade pôde ser observada ainda através da comparação entre a taxa de crescimento da receita disponível per capita do município e a taxa de crescimento do gasto per capita em saúde com recurso municipal.

Segundo o Observa Saúde (2012), do período de 2002 a 2008, Diadema apresentou uma taxa de crescimento da receita disponível per capita do município de 20%, enquanto que a taxa de crescimento do gasto per capita em saúde com recurso municipal aferida foi de 57% (acima da taxa de crescimento do gasto per capita em saúde da Região Metropolitana de São Paulo no mesmo período). Dito de forma direta, o orçamento municipal sofreu restrições significativas, pois os recursos disponíveis não cresceram na mesma medida que os gastos em saúde. Talvez tal constatação possa contribuir para o entendimento das dificuldades apontadas pela gestão no que se refere ao impedimento da expansão de gastos com recursos do Tesouro Municipal e na busca de maior participação dos outros entes da federação no financiamento da saúde municipal.

Cabe salientar que, assim como observado pela análise, o município de Diadema construiu sua ampla e diversificada rede de serviços públicos em saúde (e, por esse motivo, muito custosa) pautados nas necessidades de saúde determinados

pela população (tal como preconiza o SUS) e segundo as definições e políticas priorizadas pelo Ministério da Saúde. De tal forma, a realidade do município de Diadema pôde refletir a realidade de inúmeros outros municípios brasileiros, que, no tocante à condução de suas políticas de saúde, foram assolados pela responsabilidade de prover às populações locais serviços públicos de saúde custeados em maioria com seus próprios recursos. Porém, tais realizações, apesar de constituírem-se estratégias interessantes no tocante do provimento de oferta em saúde à população, não obtiveram êxito no que se refere à perspectiva da estratégia que vislumbrava a mudança do modelo de atenção que, assim como retratado no item anterior, acabou por gerar representativos entraves à sustentabilidade do SUS em Diadema, principalmente no que se refere à dimensão financeira e orçamentária analisada.

5.3 PROPOSTAS DE ENFRENTAMENTO AOS LIMITES DO SUS

Foi notório o cenário restritivo da manutenção da sustentabilidade do sistema municipal de saúde de Diadema no período analisado. Desta forma tornam-se importantes as indagações: quais limites à consolidação do SUS destacam-se na perspectiva de análise da política de saúde municipal de Diadema no período de 2000 a 2011? Qual o significado dos fenômenos observados? Quais os caminhos percorridos até que se construísse este cenário complicado de sustentabilidade? De que forma tais obstáculos, que descrevem os limites de construção dos SUS, podem ser atenuados? Eles podem ser atenuados? Por que a participação dos demais entes

no financiamento da saúde municipal foi insuficiente, ou até mesmo ausente (em se tratando das transferências do Estado ao Fundo Municipal de Saúde)?

O município de Diadema, por sempre seguir os princípios e diretrizes do SUS, até mesmo antes de sua criação (como o caso da participação popular nas decisões das políticas de saúde), e por ter compreendido uma significativa atuação de seus gestores locais em sua construção e na perpetuação do princípio da municipalização, desenhou por si só o cenário dos limites da construção deste. Na análise das políticas de saúde implementadas no período, ficou notório o destino obscuro ao qual ruma o sistema público de saúde municipal, em que, se mantendo sua estrutura de gasto e gestão tornar-se-á, a longo prazo (talvez nem tão longo), provavelmente insustentável.

Ao se entender que o cenário observado em Diadema pode refletir a realidade da grande maioria dos municípios, no intuito de contribuir para a otimização deste quadro, neste item da análise serão descritas proposições de alternativas para desviar o SUS municipal deste caminho de intempéries.

Tais proposições foram classificadas como uma série de *Enfrentamentos*. Usou-se a classificação de *Enfrentamentos* porque a implementação do SUS sempre trilhou o caminho à margem, à contramão do pensamento econômico vigente (neoliberal³⁰) a seu momento de implementação, caracterizando-se, portanto, como uma estratégia contra-hegemônica.

³⁰ Segundo Duménil e Levy (2005) foi na Inglaterra, do período da Margareth Thatcher e nos Estados Unidos, de Ronald Reagan, que a ideologia neoliberal das classes rentistas, em defesa por vangloriar os espaços do mercado livre para o ganho fácil da finança especulativa, que o neoliberalismo começou a se consolidar, qualificando as políticas econômicas e sociais como de mercado e restringindo o papel do Estado à sua lógica. Para uma abordagem dos traços gerais do neoliberalismo, ver também Harvey (2009)

Sendo assim, cabe assumir que as proposições elaboradas visando sua completa implementação, tal como preconizava a Reforma Sanitária, não podem ser realizadas se não por enfrentamento às óbices que hoje levaram o SUS a várias fragilidades.

Desta forma, os Enfrentamentos descritos foram agrupados em três áreas, sendo elas: Enfrentamento à Estrutura do Federalismo e do Princípio de Descentralização do SUS; Enfrentamento à Estrutura do Financiamento; e Enfrentamento ao Modelo de Atenção à Saúde.

5.3.1 Enfrentamento à Estrutura do Federalismo e do Princípio de Descentralização do SUS

Como foi observada, a gestão municipal da saúde pública de Diadema, no período de análise, sofreu severamente as mazelas de responsabilizar-se, quase que totalmente, por prover todas as demandas em saúde da população.

Tendo em vista que o SUS tem como diretriz a descentralização, e faz parte de sua estrutura a articulação interferderativa das competências dos entes da federação na promoção e financiamento das ações de saúde, tal constatação é no mínimo contraditória, se não paradoxal.

Assim, durante o período, a gestão municipal de saúde enfrentou uma série de obstáculos relacionados à: indefinição dos papéis dos entes da federação no tocante à promoção e financiamento das ações em saúde; insuficiência das referências

pactuadas regionalmente; insuficiência de cofinanciamento de suas ações; e ausência do governo estadual no cofinanciamento das ações municipais de saúde, através de transferências ao Fundo Municipal de Saúde.

Uma importante constatação que advém deste cenário foi a expansão da oferta no período ser realizada via ampliação de serviços e ações em saúde por meio da atuação municipal. Ou seja, a grande expansão de serviços e ações em saúde vivenciada foi realizada quase que somente por iniciativa municipal. Sendo assim, não houve registro de expansão de oferta significativa atrelada à promoção e financiamento de custeio dos demais entes da federação, exceto no que compete à inauguração do Hospital Estadual Serraria em 2001 (que durante o período de análise foi gerido exclusivamente pelo Estado).

Essa constatação foi relatada pela gestão municipal como um importante gargalo à manutenção da sustentabilidade do sistema de saúde nos documentos oficiais de planejamento (Relatórios de Avaliação de Gestão, Plano Anual de Saúde e Plano Municipal de Saúde) principalmente a partir de 2009.

Tendo sido constatado esse gargalo, a gestão em saúde, principalmente a partir do ano referido, inseriu dentre suas ações planejadas a intensificação de sua atuação nos espaços regionais de discussão e pactuação, com o objetivo de estabelecer novas parcerias para a expansão de oferta em saúde demandada pelas necessidades da população local.

Porém, tal como relatado nos Relatórios de Avaliação de Gestão de 2009 a 2011, tais reivindicações por maior articulação regional no provimento de oferta de serviços e ações em saúde não foram concretizadas. Um exemplo que merece ser

destacado é a inconformidade da estrutura de gestão do Hospital Estadual Diadema apontada pela gestão local (DIADEMA, 2010).

Diadema pautou nos espaços de articulação regional a necessidade de que este Hospital fosse gerido por sua Delegacia Regional de Saúde em cogestão com o município de Diadema, mediante celebração do TCEP. Esta proposta foi inclusive aprovada no Colegiado Regional por unanimidade (inclusos os votos dos representantes do Estado). Porém, tal proposta não foi concretizada, apesar do apoio do Consórcio Intermunicipal do Grande ABC e COSEMS. Isso porque a gestão entendia que, com o advento do Pacto pela Saúde, a gestão de serviços regionais não pode oferecer obstáculos às demandas da população local e regional, tal como vinha observando. Porém, o Hospital Estadual Diadema continuou funcionando no período analisado com “portas fechadas” às demandas espontâneas da população e de maneira não articulada às necessidades apontadas pelos gestores municipais e o regional. Portanto, manteve-se atuando inarticuladamente aos demais atores regionais (DIADEMA, 2010).

A gestão municipal de saúde apontou ainda que esta insuficiência de referências regionais agravou o cenário de escassez de profissionais médicos, principalmente no que se refere à área hospitalar.

Isso porque, dada a restrição orçamentária e financeira do município, e consequente impossibilidade de ofertar salários mais condizentes com os praticados no mercado para os médicos (sendo assim mantido o déficit desta categoria profissional no sistema municipal), a falta de referências regionais contribuiu em grande medida na dificuldade de escoamento da demanda da população por atendimento médico hospitalar (DIADEMA, 2010).

Tal constatação também foi observada na área de especialidades médicas (DIADEMA, 2010). Assim, outro importante exemplo a ser registrado foi a escolha da gestão municipal em atender à demanda de consultas e exames especializados através da construção de um ambulatório de especialidades próprio, o Quarteirão da Saúde – inaugurado em 2008.

Essa escolha da gestão municipal, apesar de beneficiar a população local que sofria com a falta de referências para consultas e exames especializados (DIADEMA, 2008), passou a agravar o cenário de restrições econômicas e financeiras do município. Isto porque o Quarteirão da Saúde constitui-se como um serviço de altos custos de manutenção, dado que se caracteriza por ser um serviço de saúde intensivo em recursos tecnológicos e em recursos humanos especializados (e por este motivo, mais onerosos).

Na mesma linha, o advento de início de funcionamento do Quarteirão da Saúde instaurou ainda a necessidade de ampliação da contratação de serviços terceirizados, uma vez que o município não possuía capacidade técnica e quadro de pessoal adequado à execução destes. Porém, é imperioso destacar que a decisão pela contratação de serviços constitui-se também como uma escolha política do gestor.

Esta dimensão da expansão de estrutura do sistema municipal de saúde contribuiu de maneira representativa para a ampliação dos gastos com a área de saúde, e pôde ser referendada também, com grande peso, a esta insuficiência de referências regionais.

Isso porque, quando da existência de referências regionais suficientes para os serviços especializados, os gastos de operação destes serviços seriam repartidos entre

os atores regionais e assim se otimizaria este custo, dado que estes serviços possuem custos fixos e operacionais muito impactantes.

Portanto, pôde-se constatar que a existência de serviços regionais (principalmente no que se refere às áreas de especialidades e hospitalar) beneficiaria a saúde econômica e financeira dos sistemas de saúde municipais. Pois, se otimizaria seu alto custo de operação através da expansão da utilização de sua capacidade instalada tão onerosa (infraestrutura intensiva em tecnologia e recursos humanos especializados). Portanto, a falta de referências regionais atua duplamente na elevação dos gastos em saúde dos municípios, pois onera os municípios que decidem implantar em seus territórios estes tipos de serviços, onerando também a região que não se beneficia desta otimização dos custos operacionais destes serviços.

Para além dos óbices gerados pela falta de referências regionais em ofertas de serviços e ações e saúde, o município no período enfrentou outro importante obstáculo à manutenção da sustentabilidade de seu sistema de saúde: a insuficiência do cofinanciamento dos demais entes da federação na promoção da saúde pública municipal.

Como observado nos principais documentos de avaliação e planejamento da gestão em saúde municipal, registrados principalmente a partir de 2009, a União e o Estado participaram de maneira insuficiente no financiamento de seus serviços de saúde. Tal insuficiência teve grande participação da praticamente ausência de cofinanciamento do Estado no custeio da saúde municipal, através de transferências ao Fundo Municipal de Saúde.

Tal como demonstrado no item 5.2, as despesas com a saúde municipal custeadas com recursos próprios no período de 2003 a 2011 representaram, em

média, 72% das despesas totais com saúde, não apresentando grandes oscilações no período. Para além, ainda no item 5.2 demonstrou-se que as despesas com recursos próprios descreveram entre 2000 e 2011 uma tendência de crescimento mais acentuada do que a tendência de crescimento das despesas custeadas com recursos de transferências SUS.

Assim pôde-se constatar que não houve ampliação da participação dos demais entes da federação no financiamento da expansão de oferta de serviços e ações de saúde experimentada no período de análise. Portanto, verificou-se que o município, tendo em vista sua escolha de atender na totalidade as demandas de saúde de sua população, arcou com a grande maioria dos gastos adicionais referentes a esta expansão. Tal conclusão veio a somar no quadro de restrições orçamentárias e financeiras municipais diagnosticadas pela gestão municipal de saúde, principalmente a partir de 2009, como um dos principais problemas enfrentados pela gestão na condução da sustentabilidade do sistema.

Dado que a gestão no período analisado, mais significativamente a partir de 2009, investiu grandes esforços em articular-se regionalmente na busca por parcerias para a promoção e financiamento na expansão de sua oferta de saúde obtendo significativos resultados no que se refere à aprovação, quase na totalidade, de suas demandas, a real eficácia e efetividade dos resultados destas proposições pactuadas nos espaços de negociação e articulação regional pode ser questionada. Assim, a baixa significância dos efeitos destas propostas aprovadas podem ser relacionadas à estruturação do modelo de atenção que implantou-se no município, as políticas de saúde e suas lógicas.

Tais espaços, em que podem ser destacados os Colegiados Regionais, os Grupos Técnicos de pactuação da PPI, Grupos Técnicos de implementação de Redes de Atenção e Comissões Intergestores (redefinidas e institucionalizadas pela Lei Federal nº 12.466 de agosto de 2011), a partir da análise da implementação das políticas de saúde de Diadema no período de 2000 a 2011, podem ser compreendidos como organizações que não se efetivaram integralmente (pelo menos no que se refere ao atendimento das demandas pautadas por Diadema) como espaços de real normalização e pactuação entre os atores subnacionais do SUS. Tal constatação, tem como base, a proposição de TCEP para a mudança de gestão do Hospital Estadual Diadema, que mesmo aprovada por unanimidade, não foi concretizada.

Para além desses fatores, em outra perspectiva, observou-se ainda que o município de Diadema, no período analisado, enfrentou obstáculos no que se refere à assunção do princípio de descentralização arregimentado pela criação do SUS.

Assim como identificado, não havendo suficientes referências regionais em ofertas de saúde para a população local e, não havendo ainda cofinanciamento suficiente das ações e serviços de saúde implantados pela gestão do sistema municipal de saúde no período, o município acabou por responsabilizar-se em prover sozinho grande parte das demandas de saúde de sua população. Portanto, atuou descentralizadamente na responsabilização pelo provimento desta oferta, mas tal constatação não pode ser repetida na análise da dimensão do financiamento das mesmas, tal como observado.

Mais além, não se pôde referir também que o princípio de descentralização foi igualmente observado na escolha das estratégias de saúde implementadas no período. Isso porque, tal como demonstrado no item 5.1, a expansão da oferta de

serviços e ações de saúde e a implementação das estratégias de estruturação das políticas de saúde do sistema de municipal foram construídas paralelamente às políticas e prioridades estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Desta forma, a atuação do Ministério da Saúde, por meio da publicação de grande número de portarias no período, caracterizou-se, além de pouco acessível à maioria dos trabalhadores da saúde (dada à inflexibilidade das portarias como instrumento de gestão), como não tão adequado às necessidades de saúde locais (MACHADO, 2007).

Portanto, verificou-se que o princípio de descentralização não se concretizou de maneira efetiva na análise do desenvolvimento das políticas de saúde do período. Ou seja, no período de análise, o município implementou a grande maioria das prioridades de políticas definidas pela condução do Ministério da Saúde, proveu quase que solitariamente a expansão da oferta de serviços e ações de saúde à sua população, e não contou com significativa participação dos demais entes no financiamento do sistema de saúde municipal.

Assim, assumiu a implementação de políticas desenvolvidas a partir das prioridades eleitas pelo Ministério da Saúde (talvez políticas nem tão adequadas a sua realidade local, mas que se fizeram necessárias na busca por mais recursos) e não contou com suficiente cofinanciamento. Portanto, pôde-se constatar que o princípio da descentralização deu-se somente na dimensão da responsabilização solitária do município, pois não foi observada descentralização paralela de recursos financeiros e autonomia no desenvolvimento de políticas a partir da necessidade de saúde local.

Cabe salientar que praticamente todas as políticas induzidas pelo Ministério da Saúde estruturam-se através de adesão, ou seja, não são impostas simplesmente.

Porém, a insuficiência de recursos próprios para a manutenção do custeio da rede de saúde municipal (construída a partir das demandas em saúde da população e das escolhas da gestão local) e a praticamente ausência de transferências do Estado ao Fundo Municipal de Saúde, fomentaram a busca por recursos advindos da esfera federal. Mas, o cofinanciamento federal também foi considerado insuficiente pelos gestores locais e analisado (através de sua estrutura de financiamento) como indutor de expansão da oferta em saúde municipal. Sendo assim, o município assumiu a ampliação da oferta e a maior parte dos custos onerosos atrelado a ela.

Tendo em vista que a constituição do SUS baseia-se na diretriz de descentralização, consolidada por meio da articulação interferderativa das competências dos entes da federação na promoção e financiamento das ações saúde, fez-se preciso identificar quais obstáculos na conformação do Estado Brasileiro construíram resistência a sua efetivação. Comumente, os autores que tratam sobre a temática identificam como óbices à implantação destes princípios, a caracterização da conformação do Federalismo e o dilema entre a descentralização de responsabilidades e a concentração de recursos.

Partindo do objetivo de analisar a distribuição das competências no Estado Federal sob a luz do federalismo cooperativo e das competências comuns, Dallari (2005) partiu do princípio que a saúde é um direito social ao qual a Constituição define obrigações para todos os entes da federação como exigência do federalismo.

Dallari (1995) analisou o processo de criação do federalismo como uma construção a partir da realidade, fundado na ideia básica de associação de estados com conservação de “grande parte da sua independência original” (DALLARI, 1995, p.34).

Destacou, ainda, que neste processo houve significativa influência do modelo estadunidense (em que se estabelece as competências da União e aloca-se o poder restante aos estados) e deu grande importância à análise do processo de divisão das competências comuns e concorrentes no federalismo brasileiro.

Em outra perspectiva, Dallari (1995) destacou a importância da autonomia municipal na estruturação do federalismo brasileiro, que na sua análise originou-se de exigências históricas. Assim, afirma que a complexidade social produziu efeitos nos documentos políticos das sociedades federalistas. Por quanto o New Deal motivou a criação do “federalismo cooperativo”.

Ainda sob a luz de Dallari (2005), a dimensão da cooperação trouxe à superfície a análise da competência comum e concorrente. Nesta temática Dallari (2005) define que a Constituição Federal de 1988 “esclareceu o critério hierárquico subjacente às competências concorrentes”. Porém, salientou a existência de espaço (falta de consenso) para a interpretação dos magistrados no que se refere às normas gerais definidas sempre pela União.

Em outra linha salientou que a repartição de competências também se deu na execução de tarefas materiais, concretas, salientando o conflito no entendimento de que: em competências comuns, as responsabilidades são igualmente comuns. Porém, Dallari (2005) definiu que a tradição sanitária brasileira não se ocupou de esclarecer a distinção, mantendo-se doutrinária, entre competências legislativas e materiais. E demonstrou como consequência desta constatação, a existência de falhas na temática sanitária presente na Constituição.

Dallari (2005) concluiu que a análise da problemática da competência na matéria sanitária esclareceu pelo menos um ponto fundamental da questão: a

Constituição não eximiu nenhuma esfera de poder da obrigação de prover saúde. Desta forma, em sua análise, a saúde como dever do estado é responsabilidade da União, dos Estados, Distrito Federal e municípios.

Tendo tratado do federalismo sob o protagonismo da concretização das responsabilidades dos entes, Dallari (1995) definiu que a responsabilidade contemporânea focou-se sobremaneira em seu “conteúdo indenizatório” (DALLARI, 1995, p.40 e 41). Assim, formou-se a crise conceitual sobre a qual a autora discorre tratando dos seguintes pontos: responsabilidade pública como fator político; evolução histórica da responsabilidade objetiva do Estado Brasileiro – erro judiciário e omissão legislativa; crime de responsabilidade; e por fim, o conceito de saúde e a sua aplicabilidade em realidades sociais determinadas – as incorporações da Constituição Federal à dos estados. Em termos finais, concluiu que “houve avanço significativo no sentido da conscientização de que a saúde é um direito fundamental que deve ser garantido” (DALLARI, 1995, p.123 e 124).

No que se refere à temática de descentralização, é importante destacar que as diretrizes e princípios do SUS foram elaborados e discutidos no cerne da Reforma Sanitária, sendo concretizados a partir da Constituição Federal de 1988. Tais princípios podem ser classificados, assim como descrevem Barata et al. (2004), em dois grupos: doutrinários ou éticos (direito universal à saúde, equidade e atendimento integral à saúde); e, organizacionais (descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular).

Porém, verificou-se que os princípios não se desenvolveram todos da mesma forma e em mesmo tempo. Ainda segundo Barata et al (2004), o princípio da

descentralização acompanhou o tocante da municipalização, dada as seguintes explicações:

- A descentralização era uma resposta à estrutura anterior da assistência à saúde, extremamente concentradora e autoritária nas decisões, obviamente inadequada para um país do tamanho e complexidade do Brasil.
- Somente em um sistema descentralizado, seria possível a maior participação de todos os interessados na formulação da política e na implantação de serviços e ações de saúde, adaptados às diferentes regiões e realidades de saúde.
- A noção de que o município é o mais adequado âmbito para tratar a questão da saúde de maneira direta, uma vez que é o ente federado mais próximo da população, capaz, portanto, de identificar as peculiaridades e as diversidades locais e adaptar as estratégias para a superação dos problemas de saúde, de forma integral.
- A associação dessas duas razões implica e evidencia a responsabilidade do gestor municipal, mais acessível à participação, avaliação e fiscalização dos cidadãos, usuários diretos do sistema.
- Nesses moldes, a descentralização também seria uma solução para outro problema herdado do sistema de saúde anterior ao SUS: direções múltiplas e desintegradas, cuja situação exemplar era o duplo comando decorrente da divisão de funções e recursos entre os serviços do Ministério da Previdência Social, de um lado, e do Ministério da Saúde, de outro.
- Daí, a ênfase do texto constitucional, como na Lei no 8.080, 5 sobre a “descentralização, com direção única em cada esfera de governo” (BARATA, et al., 2004, p. 17)

Entretanto, a descentralização em si foi incapaz de alterar o modelo de atenção assistencial que antecedeu o SUS, transmitindo aos municípios a conformação destes modelos, ainda segundo o que dispõe Barata et al (2004).

Dada a característica intrínseca do SUS de gerir-se descentralizadamente, é importante ressaltar que na evolução das políticas públicas de saúde brasileira foi notória a presença da discussão acerca da real implementação da diretriz de descentralização experimentada via SUS. Muitos foram os autores que associaram a

esta ótica de discussão a concentração de recursos e a descentralização como mera forma de transferência de responsabilidade aos municípios, criando-se obstáculos à implementação da descentralização idealizada pelos sanitaristas à época da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), tal como destaca Luz (2000):

[...] se considera como concentração dos recursos na esfera central de governo, o férreo controle contábil exercido pelos níveis periféricos, e a priorização de determinados programas verticais, não necessariamente coerentes com os escolhidos como prioritários em nível municipal, pode-se dizer que se trata até o momento de uma descentralização incompleta, que chega a inviabilizar, por insuficiência de recursos, parcial ou integralmente, o funcionamento de programas e serviços locais [...] (LUZ, 2000, p.307)

O descompasso presente entre a descentralização das responsabilidades na prestação na oferta de serviços de saúde à população enfatizada no âmbito municipal e a paralisia na necessária transformação da estrutura de financiamento federal acabou por gerar sobrecarga no gasto de recursos municipais próprios com saúde e inchaço das agendas municipais de ações em saúde. Mendes e Santos argumentam que:

[...] o governo federal, ao se encontrar fiscalmente debilitado, não adotou nenhuma iniciativa importante de reforma no seu esquema de financiamento. Isto é, os recursos federais, por se constituírem em uma fonte fundamental do SUS, deveriam, de um lado, ser ampliados quanto ao seu montante, e de outro, estar relacionados a uma proposta global de alocação, via transferência automática e não vinculada a programas estabelecidos, seguindo orientação claramente redistributiva, de acordo com critérios gerais de definição de prioridades e com um modelo de atenção à saúde, compatíveis com as necessidades da população. (MENDES e SANTOS, 2000, p.113)

Tal consenso que atrela a descentralização na saúde a não desconcentração dos recursos, segundo Luz (2000), baseou-se na análise da estruturação do Estado brasileiro e das políticas de saúde do Brasil.

No que se refere à dimensão da estruturação do Estado brasileiro, Luz (2000) destacou como importantes ícones para discussão: a confusão histórica dos temas de descentralização e desconcentração (dado que a República brasileira não foi politicamente instalada); o determinismo dos interesses da economia capitalista industrial que se expandia e a consequente formação de uma “República de indivíduos”; e a confusão política entre o político e o civil. Em contrapartida, Luz (2000) salientou ainda a contra-hegemonia dos movimentos sociais pela cidadania e o esforço heróico dos servidores públicos (saúde e educação) como contrapartida das tendências apontadas.

Nesta linha, no que tange à análise das políticas de saúde do Brasil, Luz (2000) destacou alguns pontos que foram cruciais para a conformação da situação de desconformidade entre descentralização e desconcentração. Dentre eles Luz (2000) salientou o autoritarismo nas políticas de saúde (sanitarista e campanhista) da República Velha (caracterização do Estado Nacional) e as mudanças significativas das políticas sociais da Segunda República (Getúlio Vargas), acentuando que houve diversificação e burocratização das políticas públicas, mas não desconcentração e descentralização das ações.

Em outra medida, Luz (2000) fez referência significativa a não contribuição da complexificação econômica (à luz do capitalismo industrial) para a descentralização/desconcentração, à influência da política da Guerra-Fria a partir de

1950, ao conflito do projeto nacionalista frente ao capitalismo avançado, aos reflexos da criação do Ministério da Saúde e ao início da hierarquização dos serviços de saúde (atenção primária), que, apesar da centralização presente, iniciou-se como proposta de descentralização e participação civil na saúde.

Porém, segundo Luz (2000), houve reorientação rumo à concentração e centralização há época do Estado Militar com retomada da orientação rumo à descentralização a partir da década de 1980 (crise das políticas sociais do Estado autoritário) com experiências que serviram de base para a estruturação do SUS na VIII Conferência Nacional de Saúde.

Todavia, de acordo com Luz (2000), sem instrumento de regulamentação do SUS até fim dos anos 1990, salientaram-se as seguintes vertentes: desmonte das políticas sociais pelo Neoliberalismo e consequente aumento de demanda pela atenção médica; endividamento dos municípios e novas formas de corrupção e manipulação; contribuição dos profissionais de saúde e de certos setores do Ministério da Saúde e Previdência dos movimentos populares e Organizações Não Governamentais (ONG) para a garantia da participação popular; demarcação como atores principais do SUS de grupos da sociedade civil, atores institucionais da área da saúde e do Estado; e como forças contrárias à irreversível descentralização e desconcentração, o Estado e as privatizações.

Nesta linha Luz (2000) concluiu que na década de 1990 houve descentralização incompleta na política de saúde (centralização dos recursos e priorização de programas) e que não houve desconcentração (dada à composição do Estado) apesar da sinalização da pressão constante que tende a crescer com o protagonismo do poder local na política global.

Outros obstáculos que se referem ao processo de descentralização e organização institucional do SUS também são fatores que podem levar à fadada insustentabilidade do sistema, tal como evidenciado por Nascimento (2007): indefinição das competências entre as esferas de governo, que fragilizou o processo de descentralização das políticas; política de financiamento que não foi capaz de enfrentar a realidade caracterizada pelas disparidades entre os territórios de saúde e instâncias governamentais; a conformação do sistema brasileiro de representação político-partidária e as formas de divisão dos territórios que distanciaram os projetos de reestruturação do setor saúde de “mecanismos democráticos de representação política”; desigualdade de peso dos poderes institucionais, com foco no governo central, que instauraram um caráter fortemente competitivo no que deveria ser uma gestão conjunta dos recursos da saúde; e o predomínio da “racionalidade tecnoburocrática, dos critérios de indução do governo federal, da ausência de meios mais transparentes para repartição dos recursos”, que geraram incapacidade de resolução das desigualdades de acesso e beneficiamento de recursos tecnológicos (NASCIMENTO, 2007, p. 209).

Tendo sido analisados os aspectos do Federalismo Brasileiro e da problemática da real efetivação do princípio de descentralização do SUS, em que se pôde traçar um paralelo à ótica de análise do sistema municipal de saúde de Diadema no período, foi notória a necessidade de uma reforma nas estratégias de gestão descentralizada em saúde e rearranjo da conformação das articulações interfederativas. Essa reforma e rearranjo devem objetivar a redução da pressão sobre os municípios no que compete assunção solitária da responsabilidade do prover as

populações locais de suas demandas de saúde, devem desconcentrar recursos e pulverizar autonomia. Tal como identificado na análise. Para tanto, propõe-se:

- Reorganização do modelo institucional do SUS com redefinição das competências entre os Entes da Federação, pautada na otimização da cooperação entre estes atores do SUS. De modo que se partilhe de maneira mais igualitária a responsabilidade de prover as ações e serviços públicos de saúde à população entre os Entes da Federação e se desconcentre os recursos da Esfera Federal, que detendo a maioria dos recursos, acaba por ditar a normalização do SUS, em detrimento das realidades locais;
- Reconhecimento da institucionalização das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite e arranjos de discussão regional como espaços de real normalização e pactuação entre os atores subnacionais do SUS (em atendimento à Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011);
- Extinção da forma vertical de desenvolvimento e implementação de políticas de saúde com vistas a libertar os municípios à dependência da atuação de órgãos centrais por meio da desconcentração de recursos e maior autonomia de gestão (flexibilização da estrutura de operacionalização das mesmas). O que possibilitaria o desenvolvimento de políticas mais adequadas às diversidades do território nacional;
- Redefinição do papel do Ministério da Saúde como órgão que garanta e monitore os princípios do SUS, através de definição de prioridades nacionais e não de políticas rígidas e pouco conformes à diversidade

dos territórios. Sob esta perspectiva o Ministério deve atuar ainda no cofinanciamento das ações e serviços de saúde visando à equidade interfederativa. Da mesma maneira o Estado deve atuar de forma significativa no cofinanciamento das ações e serviços de saúde, consolidando sua contribuição nas realidades municipais;

- Manter e qualificar o processo de municipalização através da continuidade e fortalecimento de políticas regionais e de redes de atenção, visando à integralidade das políticas públicas de saúde;
- Implementar uma reforma tributária que distribua os recursos entre os entes da federação de forma mais equitativa;

5.3.2 Enfrentamento à Estrutura de financiamento

A análise do desenvolvimento do sistema municipal de saúde foi marcada por uma expressiva expansão da oferta de serviços e ações de saúde. Tal expansão foi acompanhada por um crescente comprometimento dos recursos do Tesouro Municipal com a área de saúde.

Este cenário econômico e financeiro restritivo agravou-se ainda mais a partir de 2009, quando ocorreram sequestros judiciais de receitas municipais decorrentes de precatórios (tais aportes contemplaram também recursos de transferências da saúde). Tal crescimento do comprometimento dos recursos próprios municipais com gastos em saúde, somados a esta intempérie (que teve impacto de grande representatividade

no custeio da administração municipal como já evidenciado), consolidaram importantes obstáculos financeiros e econômicos à manutenção da sustentabilidade do sistema municipal de saúde ao longo do período.

O crescimento deste comprometimento de recursos próprios municipais com gastos em saúde foi um dos mais frequentes gargalos apontados pela gestão do sistema municipal de saúde no período analisado (DIADEMA, 2010).

Assim como demonstrado no item 5.3, a aproximação ao limite estabelecido pela impossibilidade de expansão de gastos com saúde a partir de receitas próprias motivou a gestão do sistema municipal de saúde a buscar ampliação dos recursos transferidos por outras esferas de gestão.

Porém, tal como analisado, durante o período de 2003 a 2011³¹ a média da representação percentual de despesas custeadas com recursos de transferência foi de 25% e manteve-se sem grande oscilação no período. Desta forma, verificou-se que a expansão da rede de serviços em saúde ficou em sua grande maioria sob a responsabilidade do gasto com Tesouro Municipal. Sendo assim, a gestão do sistema municipal de saúde não obteve êxito em suas ações planejadas de buscar maior participação dos demais entes da federação no custeio de seu sistema municipal de saúde.

Ademais, cabe destacar ainda que, apesar de insuficientes, as despesas custeadas por recursos transferidos pelo Governo Federal destacaram-se como as mais representativas para o município no tocante do custeio de seu sistema municipal de saúde.

³¹ O SIOPS não possui dados consolidados antes de 2003.

Porém, apesar de o Ministério da Saúde constituir-se como o grande parceiro do município no financiamento de seus serviços e ações de saúde, os parâmetros utilizados para o repasse destes tão importantes recursos caracterizaram-se como não equitativos além de insuficientes.

Assim como demonstrado ainda no item 5.3 os parâmetros em que se basearam os repasses realizados pelo Ministério da Saúde, no período analisado, relacionaram-se em sua grande maioria a critérios atrelados a incentivos por desempenho, por produção e por expansão da oferta de serviços de saúde.

Como visto neste item, somente os repasses da linha Piso de Atenção Básica Fixo, o Programa de Assistência Farmacêutica Básica, e o Componente da Vigilância Sanitária, tiveram como critério de repasse um parâmetro atrelado ao contingente populacional, em que são alocados recursos anuais por habitante ao ano. Todas as demais linhas possuíram outros critérios de repasse que acabaram por fomentar nos municípios a expansão da oferta em saúde.

Os repasses que se caracterizaram por critérios distanciados do princípio de equidade foram a maioria, não somente no que se refere à quantidade de linhas de financiamento, como também na representatividade percentual em montantes financeiros. Os repasses atrelados ao número de habitantes somados representaram no ano de 2011 somente 13,64% dos recursos em execução no ano. Ou seja, aproximadamente 87% dos recursos regulares transferidos no ano de 2011 para o município relacionavam-se com critérios por incentivo, por expansão da oferta de serviços e ações de saúde e por produção em procedimentos de saúde.

Ainda no que compete a análise do sistema de financiamento, é fundamental destacar a quase ausência de participação do Estado no cofinanciamento da saúde

municipal através de transferências ao Fundo Municipal de Saúde no período analisado. Em média no período, a participação do Estado representou 0% das despesas em saúde municipal. Esta constatação foi identificada como um obstáculo à manutenção do custeio da rede municipal de saúde praticamente na totalidade dos Relatórios de Gestão analisados e contradiz a responsabilidade tripartite no custeio da saúde pública no Brasil.

Para além destes fatores, outro obstáculo apontado pela gestão da saúde no período analisado foi a dificuldade na operação da execução dos recursos de transferências dos outros entes da federação, análise contida também no item 5.3. A rigidez das normas de aplicação destes recursos, tal como apontado, acabaram por inflexibilizar a gestão e prejudicar ainda mais a condução do sistema de saúde rumo à manutenção de sua sustentabilidade em um cenário já marcado por restrições econômicas e financeiras.

Enfim, a demonstrada insuficiência de recursos de outros entes da federação no financiamento da área de saúde municipal, a dominância de critérios de repasse de recursos federais que fomentaram a expansão da oferta de serviços e ações de saúde e a inflexibilidade na operação da execução de recursos transferidos formaram um arranjo de obstáculos deveras intransponíveis na condução do sistema de saúde de Diadema rumo à manutenção sua sustentabilidade.

A única saída possível para esse arranjo de obstáculos implementado para gestão do sistema de saúde municipal foi a ampliação dos gastos com recursos municipais próprios. Ou seja, o sistema de financiamento contribuiu para sobrecarregar o município no provimento das demandas de saúde da população,

elevando o comprometimento do tesouro municipal com gastos na área da saúde e perpetuando um cenário de importantes restrições orçamentárias e financeiras.

Dado que o município de Diadema no período analisado cumpriu as prioridades das políticas conduzidas pelo Ministério da Saúde, este quadro de restrições tem grandes possibilidades de ser vivenciado em outras realidades municipais.

Por este motivo, cabe destacar que o atual cenário da Saúde Pública no Brasil desenha importantes entraves à implementação do SUS segundo seus princípios, estrutura de gestão e modelos de prestação de serviços assistenciais. Isso porque constituiu-se, desde sua origem, como um sistema contra-hegemônico defensor dos direitos sociais na disputa contra o domínio da valorização do Capital que direciona o Estado Brasileiro ao “desmonte do setor público e das políticas sociais” (OLIVEIRA, 2009, p. 76).

Tendo como legado a década de 80 - marcada pela interferência do Fundo Monetário Internacional (FMI) na política econômica do Brasil, várias tentativas de frear o fenômeno da inflação inercial, privatizações, e manutenção de altas taxas de juros para atrair a entrada de investimentos externos - a década de 90 nasceu com a grande responsabilidade de enfrentar a elevada dívida interna brasileira e por isso (entre outros motivos) o Estado Brasileiro sofre modificações (MENDES e MARQUES, 2012). É sob esse legado que o SUS institucionalizou-se.

O Estado deixou de assumir um papel desenvolvimentista e começou a atuar com poucas funções. Tal fato está atrelado principalmente à orientação do Consenso de Washington de 1990, que orientou a política econômica brasileira a combater a inflação através de contenção de gasto público e gerar recursos para pagamento da

dívida através da criação de superávit primário fiscal. Assim, o Estado passa a atuar de maneira contrária ao desenvolvimentismo, tal como destacam Mendes e Marques (2012).

O resultado foi que a implementação do SUS descreveu um caminho muito contraditório no período, tendo como ponto importante de análise a redução de suas bases de receitas. O SUS foi criado em um momento avesso aos princípios que o estabelecem, assim, é um sistema contra-hegemônico. Por esse motivo, desde sua constituição, o SUS alicerçou-se no embate entre a instauração do princípio da universalidade e a contenção de gastos (MENDES e MARQUES, 2012).

Após a institucionalização do SUS a partir da Constituição de 1988, a dimensão do financiamento da área da saúde construiu um caminho de embates por recursos financeiros. Isso porque a história do financiamento foi caracterizada pela disputa de recursos dentro do orçamento da seguridade social (em especial, relacionado à preocupação com a Previdência) e uma política de contenção de gastos na área social por parte do governo federal (MENDES e MARQUES, 2009).

Dada a ampliação de direitos no campo da Previdência Social, a criação da Assistência Social e a Universalização da Saúde, a Constituição Federal de 1988 previu a ampliação necessária de recursos para o financiamento do orçamento da Seguridade Social, via criação de financiamento específico. Porém, esta estruturação não foi seguida (MENDES e MARQUES, 2009).

Mendes e Marques (2009) identificam três momentos de enfrentamentos na dimensão do financiamento da área de saúde a partir de então.

O primeiro deu-se entre 1989 e 1990, com a redução de recursos para o financiamento da Seguridade Social advindos da utilização dos mesmos para

financiamento dos encargos previdenciários da União, dado que este redirecionamento foi possibilitado ao Ministério da Previdência Social após a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (MENDES e MARQUES, 2009).

O segundo deu-se em 1993 quando a saúde não recebeu nenhum recurso em maio, sob a alegação de que os recursos foram destinados à solvência de problemas de caixa da Previdência Social. Para sanar a ausência de recursos para a Saúde fez-se empréstimo junto ao Fundo de Amparo do Trabalhador – FAT. Cabe destacar que até 1993 houve especialização das fontes de recursos da Seguridade Social (MENDES e MARQUES, 2009).

O terceiro enfrentamento ocorreu em 1994 com a criação de um instrumento que permitiria a desvinculação de 20% da arrecadação das contribuições sociais, mais tarde denominado de Desvinculação das Receitas da União (DRU), existentes até 2011 (MENDES e MARQUES, 2009).

Para sanar a falta de recursos para saúde criou-se fontes alternativas de financiamento, como o Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF) vigorando a partir de 1997 sob o nome de Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira – CPMF, que não foram representativas para aumentar recursos destinados à saúde pois foram reduzidas através de alocação para pagamento da área previdenciária e oneradas pela DRU (MENDES e MARQUES, 2009).

Com este quadro, os gastos com saúde em proporção do PIB mantiveram-se praticamente inalterados de 1995 a 2008, principalmente devido à financeirização dos gastos do Estado. Sendo assim, foram voltados esforços para garantir percentuais mínimos de gastos com saúde entre os entes da federação, o que culminou na

aprovação da Emenda Constitucional nº29 em 2000³² (MENDES e MARQUES, 2009).

Tendo em vista o crescimento do comprometimento dos recursos municipais com o financiamento das ações e serviços de saúde, observado na análise da implementação das políticas de saúde do município de Diadema no período, verificou-se que este quadro de tensões no financiamento do SUS perpetuou a insuficiência de recursos para a adequada manutenção da sustentabilidade econômica e financeira do sistema de saúde municipal.

Assim, é preciso que reordenar o financiamento do SUS, tendo como base o enfrentamento à dinâmica atual do movimento do Capital sob dominância financeira³³. Não resta dúvida que os recursos de custeio da Saúde Pública devam ser expandidos em detrimento da esfera financeira e serem alocados de forma equitativa. Para tanto, propõe-se:

- Rever os critérios de repasse dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde assegurando os critérios estabelecidos pela Lei Federal 141 de 2012. Tornando assim mais equitativo os repasses do governo federal e extinguindo a estrutura de financiamento (rígida e pouco flexível) sob a forma de blocos. Assim a equidade atuará como princípio diretor da estrutura de financiamento. Para tanto, torna-se necessária uma discussão ampla entre os atores do SUS para definição da operação destes critérios de financiamento estabelecidos pela Lei 141 de 2012. E, consequentemente, deve-se abolir a preponderância

³² A EC 29 foi regulamentada em 2012 pela Lei 141 – que não representou incrementos dos gastos federais (atrelados somente ao montante investido no ano anterior acrescido da variação do PIB).

³³ Ver Mendes e Marques (2009).

de parâmetros atrelados a políticas de incentivos, expansionistas e por produção em saúde;

- Descompartimentalizar os recursos provenientes da esfera federal, desonerando as normativas de sua operação e regulamentação e não os vinculando às políticas de saúde desenvolvidas em nível central;
- Repolitizar o debate do SUS, e a necessária reformulação da sua estrutura de financiamento para sua real implementação. Para tanto, é preciso mobilizar o conjunto da sociedade brasileira para a discussão dos caminhos que devem ser perseguidos em busca da sustentabilidade deste sistema e legitimá-los através de um grande movimento social;
- Dar maior prioridade aos recursos da Atenção, para que se garanta maior acesso aos serviços públicos de saúde pela comunidade e a ordenação dos sistemas municipais de saúde;
- Otimizar os gastos em saúde do ponto de vista da eficiência, através da valorização do processo de planejamento segundo necessidades de saúde, articulação regional, fortalecimento de redes de atenção e realocação de oferta de serviços para se obter ganhos de escala. Neste sentido, deve-se dar prioridade ao fortalecimento dos instrumentos de planejamento do SUS;
- Frear a incorporação desenfreada e acrítica, sem evidências científicas e sem análise de impacto financeiro (via análise de custos), de recursos tecnológicos no SUS, que aumentam crescentemente os custos municipais em ações e serviços de saúde, por meio da definição

de políticas e ofertas mínimas de serviços que devem ser implantados, segundo as diversidades do território nacional e definidos a partir de grande discussão nacional, levando-se em conta as reais necessidades em saúde da população.

5.3.3 Enfrentamento ao Modelo de Atenção

A análise das políticas de saúde implementadas no período apresentou algumas características que podem ser utilizadas como indicadores dos tipos de modelo de atenção que se instauraram no município neste período.

Desta maneira observou-se uma significativa expansão da oferta de serviços e ações em saúde. Essa expansão demonstrada no item 4 apresentou o significativo aumento do número de equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde, número de serviços públicos de saúde municipais nos diferentes níveis de atenção (inauguração de UBSs, Quarteirão da Saúde, UPAs, leitos hospitalares, entre outros) e aumento muito representativo do número de procedimentos ambulatoriais.

Essa expansão foi acompanhada ainda pela expansão no quadro de profissionais em saúde, tal como demonstrado no item 5.1, em que podem ser acrescidos os serviços especializados contratados para a promoção do funcionamento do Quarteirão da Saúde.

Ademais, a análise da evolução da expansão das políticas públicas de saúde no período demonstrou ainda uma intensificação da incorporação tecnológica no

sistema municipal de saúde. Esta constatação pode ser exemplificada principalmente pela construção do Quarteirão da Saúde. Esse ambulatório de especialidades foi construído com grande investimento em tecnologia, sendo equipado com máquinas de última tecnologia, inclusive importadas - tal como o aparelho de tomografia. Além disso, o Quarteirão da Saúde é totalmente informatizado, há sistemas de informação que permitem até mesmo a leitura de exames de imagem, entre outros.

Sob outro ponto de vista, um obstáculo apresentado frequentemente pelos Relatórios de Avaliação de Gestão e instrumentos de planejamento, principalmente a partir do ano de 2009, foi a escassez de profissionais médicos. Em que pese a real insuficiência deste tipo profissional já argumentada através da análise da Pesquisa Demográfica Médica de 2011 no item 5.1, essa necessidade pode ser relacionada à influência de mercado e atravessamento do Modelo Médico Hegemônico.

Esta expansão dos serviços e ações em saúde evidenciada pela análise, caracterizada pelo crescimento do número de serviços públicos de saúde, aumento de recursos humanos, intensificação da incorporação tecnológica e demanda por profissionais médicos, identifica a presença da influência de modelos de atenção.

A gestão do sistema municipal de saúde no período optou pela implantação de alguns modelos de atenção em que se destacaram: o Modelo de Atenção de Saúde da Família, o Modelo de Atenção em Saúde Mental compatível às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, e o Modelo de Gestão Colegiada. Porém, o Modelo de Atenção Médico Hegemônico, assim como já evidenciado no item 5.1, pode ter se instalado no município tendo em vista as características já analisadas.

Desta forma foi possível concluir que mesmo em sistemas municipais marcados pela implementação de políticas baseadas pelas demandas da comunidade

local (assim como preconiza as diretrizes do SUS) e implementadas segundo as prioridades elencadas pelo Ministério da Saúde, como observado pela análise das políticas de saúde implementadas no município no período, prevaleceram características do Modelo Hegemônico Médico. Que, em longo prazo, inviabilizarão a sustentabilidade econômica e financeira do sistema. Dado que prevaleceu o custeio majoritário com os poucos recursos municipais.

Os Modelos de Atenção são constituídos por meio da intersecção de todos os demais enfrentamentos mencionados anteriormente. Deste modo, conformam-se com base nas deficiências institucionais e de organização do sistema prevalentes no SUS e são influenciados diretamente pela dinâmica do capitalismo.

Assim, a Saúde Pública brasileira assistiu à construção de modelos tecnoassistenciais que não objetivaram principalmente a construção do cuidado e as ações assistenciais, tal como idealizado pelo SUS.

No que se refere à conformação dos modelos tecnoassistenciais de saúde como consequência imediata da interferência dos outros aspectos da gestão descentralizada em Saúde Pública, é fundamental compreender a contribuição de Foucault (1979) a esse respeito.

Esse autor ressaltou a discussão sobre a concepção das ações de saúde como forma de obtenção de poder soberano sobre os corpos. Sob esta ótica, a saúde constituiu-se parte do plano de organização da sociedade com estreita relação com o poder.

É imperioso destacar que existem linhas substitutivas de práticas em saúde, que vislumbram o fortalecimento da produção da vida (oprimida no atual contexto referido anteriormente) nos sistemas de saúde a partir da ótica do trabalhador em

saúde e da população, por meio da constatação da “necessidade de revisar todos esses processos de trabalho em saúde sob um novo ângulo (...) de que o ato de cuidar seja visto como lugar de singularização dos modos de se definir de forma mais autônoma os modos de caminhar na vida” (CECÍLIO e MATSUMOTO, 2006 *apud* MERHY, FEUERWERKER, 2009 p.3).

Ao se partir deste princípio, ainda segundo Foucault (1979), verificou-se que a saúde das pessoas marginalizadas ao poder social foi valorizada somente a partir do momento em que a morte significou prejuízo, no ambiente do exército. Mais além, através das conceituações dos três tipos de medicina social (de Estado, Urbana e da Força de trabalho) trabalhadas por Foucault (1979), fundamentou-se o conceito de que a medicina moderna é uma prática social em que o capitalismo responsabilizou-se por fazer do corpo o objeto da força de trabalho e, portanto, alvo de controle da sociedade capitalista. Ao se partir desse pressuposto, a discussão acerca da biopolítica tornou-se plausível e necessária, dado que “O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina uma estratégia biopolítica.” (FOUCAULT, 1979).

A medicina teve o hospital como instituição primeira de sua estruturação. Nele se constrói um acervo de informações e base de construção do saber médico através da disciplinarização do espaço baseada na observação do indivíduo (domínio). Assim, “o indivíduo e a população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvos da intervenção da medicina” (FOUCAULT, 1979). Tal domínio foi ainda mais claro quando da discussão acerca da prática psiquiátrica, em que as instituições basearam-se no cerne das relações de poder entre os indivíduos.

Segundo Foucault (1979) o que se observou foi que o conceito de saúde/doença esteve ao longo do tempo na base de construção dos modos de

intervenção em saúde que, historicamente, concretizaram-se como punitivos e invasivos (ambição de poder sobre a vida) e que hoje ainda carregam estas características.

De tal forma, as implicações do biopoder e da biopolítica trazidas à luz da contemporaneidade do capitalismo - em que o poder conforma-se de maneira horizontal, fluída e heterogênea, assim como trata Pelbart (2003) - alteraram a forma de controle sobre a sociedade, passando-se da sociedade disciplinar à sociedade de controle. Isso porque tal fluidez de poder necessitou do “controle que invade a profundidade das consciências e dos corpos da população, atravessando as relações sociais e as integralizando” (PELBART, 2003, p. 83).

Tal conformação social fomentou paradoxalmente a resistência da vida através de sua biopotência presente na heterogeneidade da multidão como uma “auto-organização biopolítica” (PELBART, 2003, p. 83). Portanto, trazendo tais assertivas ao campo da produção em saúde, os atravessamentos presentes nos modelos de atenção constituíram-se como vasto campo heterogêneo, como “lutas a um só tempo econômicas, políticas, culturais, ‘biopolíticas’” (PELBART, 2003, p. 87).

Assim, os atravessamentos constituíram-se como um complexo emaranhado de interesses em que se fez presente a resistência da população concretizada através das inúmeras linhas de fuga que acabam por construir “a força” modelos que melhor se adaptem às suas necessidades. Isso porque os usuários dos serviços de saúde não se constituem como “caixas-vazias” da mesma maneira como acontece com os profissionais de saúde (MERHY, FEUERWERKER, 2009).

As ações atreladas aos diferentes modelos tecnoassistenciais trouxeram à superfície o aspecto de que, em saúde, nem todas as dimensões envolvidas são conhecidas ou objetivamente/cientificamente mensuráveis, assim como Czeresnia (2003) adverte. Assim, as ações em saúde podem contribuir para a manutenção de ações coercitivas, controladoras e disciplinadoras, tal como descreve Caponi (2003).

Contudo, o mais relevante foi a constatação de que não há uma receita definida como forma de ação em saúde, pois existem muitas ferramentas de que os trabalhadores e gestores podem fazer uso. Sendo que o que se torna mais importante nesta escolha, é a concepção de que as ações saúde devem preceder de negociação afetiva: negociação com os usuários, com trabalhadores, com a gestão.

Nasce a partir desta concepção uma alternativa ao atual cenário de dissensos na conformação do SUS, dado que: “É neste território que se produzem os encontros e a possibilidade de uma construção negociada afetivamente, interessadamente, pois aí é que se faz valer a autonomia dos usuários e que se torna possível fabricar o trabalho da equipe de saúde” (MERHY et al. 2010, p.12). Esta é uma alternativa real com grande possibilidade de êxito segundo Merhy et al (2010), pois se volta ao micro, local onde efetivamente ocorrem os encontros e onde se aloca a vida.

Ainda há de se salientar a agenda do movimento do Capital, que atravessa todos os modelos tecnoassistenciais, e estrutura um Modelo Médico Centrado, que se concentra nos saberes tecnológicos em detrimento das tecnologias relacionais e trabalho vivo, refuga à potencialidade das variáveis ocultas e centra-se na medicalização. Tal modelo, derivado da captura do trabalho vivo do médico é um dos grandes responsáveis pela tendência crescente nos custos no setor saúde, dado

que a prescrição e os exames sozinhos não dão conta da manutenção da saúde (tida como bem-estar) da população, pois é vazia de relação, de encontro e de significado.

Contudo, os obstáculos dos modelos de atenção hoje se constituíram como foco central do palco de disputa do sistema brasileiro de saúde (PAIM, 2003).

Assim, a promoção em saúde constituiu-se resultado da pressão pela diminuição dos custos do setor saúde, as ações programáticas degeneraram-se, as demandas da população não foram suficientemente atendidas, o trabalhador em saúde foi sobrecarregado, o interesse do público sucumbiu ao privado, os custos tomaram percurso ascendente, acelerado, etc. É preciso também repensar o SUS, com foco na potencialidade da ação em saúde a partir do micro das relações e da proximidade com a realidade local, com vistas a construir novas estratégias de gestão descentralizada. Para tanto, propõe-se:

- Ampliar a descentralização para dar possibilidades à instauração de uma efetiva autonomia dos municípios e demais esferas de gestão, tal como sugere Feuerwerker (2005). Desta forma os municípios seriam capazes de produzir novas formas de estruturação de seus sistemas públicos de saúde, sistemas estes que conformariam modelos tecnoassistências mais condizentes às realidades e diversidades do território brasileiro e que produziriam melhores resultados em saúde;
- Ampliar o desenvolvimento de estratégias que tivessem como foco a construção da relação entre os usuários e os trabalhadores da saúde. A partir de então seria possível rearranjar os fluxos de trabalho e de acesso e construir um modelo legítimo perante às necessidades da comunidade;

- Priorizar modelos de atenção em saúde que tivessem como base de planejamento as verdadeiras necessidades em saúde da comunidade, visando à extinção do aspecto de fortalecimento de modelos de atendimento às situações agudas em saúde;
- Fortalecer arranjos que objetivem sanar as futuras demandas em saúde da população, tendo em vista os movimentos da transição demográfica e transição epidemiológica da população brasileira e as demandas em saúde pertinentes a este processo;
- Extinguir a cultura de hierarquia entre os diferentes níveis de atenção à saúde, fortalecer as ações intersetoriais, implementar estratégias regionais e consequente fortalecer as redes de atenção que visam o cuidado com base no princípio de integralidade;

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cabe salientar que a análise realizada por meio deste estudo não teve como intenção aportar a totalidade das variáveis que teceram a complexa rede que conformou o Sistema Único de Saúde. O grande objetivo desta análise foi o de ampliar a discussão acerca dos rumos trilhados pelo SUS e seu possível destino turbulento, e inferir os principais limites da construção do sistema a partir da ótica municipal, tendo em vista que é no território dos municípios que o SUS existe e é realizado.

Assim, a análise da implementação das políticas de saúde de Diadema no período de 2000 a 2011 trouxe à superfície os principais limites que os municípios enfrentam na busca da manutenção da sustentabilidade de seus sistemas públicos de saúde.

O conceito de sustentabilidade utilizado na análise caminhou filtrando as políticas, ações e estratégias de saúde implementadas no município no período, a partir das dimensões de estrutura (compreendida pelos recursos financeiros, materiais e humanos) e de processo (compreendido pelos serviços, ações, políticas e estratégias em saúde).

A dimensão de estrutura baseou-se no conceito de sustentabilidade econômica e fiscal de Thomson et al (2009) publicado pela Organização Mundial de Saúde. A dimensão de processo pautou-se no conceito de Moisés (1997), que pauta a análise a partir do conceito de sustentabilidade do desenvolvimento e o conceito de Estado-

Rede como modelo para uma reforma da administração pública, em que pesa a ênfase ao papel do planejamento no êxito das estratégias e políticas municipais.

Pelo observado pela análise, essa sustentabilidade que abrange as dimensões de estrutura e de processo estava deveras ameaçada.

Isso porque, apesar de haver sido constatada uma enorme gama de estratégias da gestão do sistema municipal de saúde na busca pelo provimento das demandas de saúde da população, a expansão da oferta de serviços e ações de saúde constatada não foi acompanhada de meios para sua normal manutenção.

Como visto no período, o município de Diadema enfrentou uma série de óbices que podem ser relacionadas às mais diferentes camadas estruturais que se interceptam na conformação do SUS.

Apesar de haver sido observado pela análise uma representativa evolução dos instrumentos de planejamento, execução, avaliação e monitoramento, não é possível descartar a existência de problemas de gestão. Tais problemas podem ser relacionados em parte à complexificação da estruturação do SUS observado no período, e em parte à possível necessidade de aprimoramento das estratégias próprias de gestão.

Da mesma forma, observou-se no período a manutenção da autonomia da gestão local na condução de suas políticas de saúde. Sobre esta perspectiva, o principal entrave à normal manutenção da sustentabilidade do sistema de saúde municipal, deu-se não sob a ótica da falta de autonomia, mas sim sob a escassez de caminhos a serem escolhidos.

Desta forma, a gestão apontou, em seus instrumentos oficiais de planejamento e avaliação, dificuldades relacionadas aos aspectos da política de saúde e gestão de recursos e aos aspectos do financiamento em saúde e impactos orçamentários.

Dentre os principais problemas apontados na área da política de saúde e gestão de recurso destacaram-se: o peso político da condução da gestão em saúde no âmbito da política municipal; a inflexibilidade da máquina pública aliada à rigidez e burocratização na execução de programas federais e estaduais; a escassez de profissionais médicos no mercado para trabalho na área pública; a responsabilização do município em detrimento das outras esferas de gestão na promoção e oferta de ações de saúde; dificuldades na relação entre os atores regionais/referências e indefinição de competências dos entes; e, por fim, dificuldades na condução e manutenção das contratações de serviços que se agigantam nestas circunstâncias.

No que se refere aos aspectos do financiamento em saúde e impactos orçamentários, destacaram-se na análise do período as seguintes óbices à manutenção do sistema de saúde: a insuficiência de recursos próprios e cofinanciamento do governo federal para assegurar a manutenção do sistema municipal de saúde; a ausência em todo período analisado de cofinanciamento do Estado através de transferências ao Fundo Municipal de Saúde; o grau de dependência da receita disponível dos municípios em relação ao ICMS; a concentração de recursos de transferências federais na Atenção da Média e Alta Complexidade em detrimento da Atenção Básica; a rígida operacionalização da execução dos recursos transferidos; o crescimento da proporção dos gastos em saúde com serviços de terceiros e pessoa jurídica no total de despesas com saúde; a característica do sistema de financiamento

que prioriza esquemas atrelados a prêmio por desempenho e produção em saúde (incentivos financeiros); entre outros.

Tendo em vista este cenário de muitos e diversificados obstáculos. E entendendo que o município de Diadema configurou-se como um “fiel seguidor” dos princípios do SUS, pois aderiu desde sua implantação às políticas de gestão e assistência implementadas nestes mais de 20 anos de sua construção. A análise descreveu uma série de enfrentamentos que se referem à conformação do SUS.

Os Enfrentamentos descritos foram então agrupados em três áreas, sendo elas: Enfrentamento à estrutura do Federalismo e do princípio de Descentralização do SUS; Enfrentamento à Estrutura do Financiamento; e, Enfrentamento ao Modelo de Atenção à Saúde.

Para cada enfrentamento descrito, e partindo da realidade local, foram construídas propostas para sua superação. Essas propostas basearam-se na ótica municipal de gestão do SUS, porém abordam aspectos do SUS como um todo.

No que tange o Enfrentamento à estrutura do Federalismo e do princípio de Descentralização do SUS, foi ressaltada a necessidade de uma reforma nas estratégias de gestão descentralizada em saúde e rearranjo da conformação das articulações interfederativas. Tais proposições objetivaram a diminuição da pressão sobre os municípios no que compete assunção quase que solitária da responsabilidade de prover as populações locais em suas demandas de saúde, a desconcentração dos recursos e a ampliação de autonomia municipal.

O Enfrentamento à Estrutura do Financiamento destacou como protagonista do cenário de obstruções, da análise das políticas de saúde do município no período, o quadro de tensões no financiamento do SUS que acabou por perpetuar a

insuficiência de recursos para a adequada manutenção da sustentabilidade econômica e financeira do sistema de saúde municipal. Por este motivo, as proposições basearam-se na reorganização da estrutura de financiamento do SUS, tendo como base o enfrentamento à dinâmica atual do movimento do Capital sob dominância financeira. Desta forma baseou-se na argumentação de que os recursos de custeio da Saúde Pública devem ser expandidos em detrimento da esfera financeira sendo alocados de forma equitativa.

Assim, as proposições apresentadas pelo estudo objetivaram consolidar os princípios e diretrizes do SUS arregimentados na Constituição Federal de 1988 e contribuir, em alguma medida, para sua efetiva implementação.

O Sistema Único de Saúde foi resultado de um intenso processo social, sendo legitimado a partir disso. Assim, sua efetivação possui lastro nas necessidades da população brasileira e confere caráter de reconhecimento dos direitos sociais adquiridos por meio da atuação do Estado Brasileiro.

Foi em defesa do SUS que se descreveram esses limites e proposições, pois a condução do sistema nas atuais condições corresponde à manutenção de uma estrutura que onera significativamente a população, em que pese a grande massa que sobrevive em um cenário de grandes desigualdades de renda e condições de vida que caracterizam o Estado Brasileiro e que, portanto, dependem sobremaneira de ações deste Estado para redução destas disparidades.

É preciso envolver a sociedade brasileira e politizar novamente a discussão acerca dos caminhos do SUS. Somente assim, construiremos um sistema que valorize e respeite as conquistas sociais e seguiremos rumo à construção de um país que valoriza seu povo, respeita suas necessidades e trabalha em prol do bem estar social.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. **A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil.** Saúde em debate, v. 25, n. 58, p. 26-34, 2001.

BAHIA, Ligia. **“A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação”** In: SANTOS, Nelson Rodrigues; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (orgs) **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde.** Rio de Janeiro: Cebes, 2011.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; TANAKA, Oswaldo Yoshimi y MENDES, José Dínio Vaz. **Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde.** Brasília, Epidemiol. Serv. Saúde [online], vol.13, n.1, pp. 15-24, 2004.

BISILIAT, Jeanne. **Lá onde os rios refluem: Diadema 20 anos de democracia e poder local**/Jeanne Bisilliat; [tradução Helena Glória Ferreira e Wanda Caldeira Brant]. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004

CAPONI, Sandra Noemí. **A saúde como abertura ao risco**. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. (Org.). *Promoção da saúde (conceitos, reflexões, tendências)*. Rio de Janeiro, p. 55-78. Ed. FIOCRUZ, 2003

CHESNAIS, François. **A Finança Mundializada**. São Paulo: Boitempo, 2005

CLICABRASÍLIA, Notícias. **Diadema anuncia pacote de medidas para pagamento de precatórios judiciais**. Disponível em: <
<http://www.clicabrasilia.com.br/site/noticia.php?diadema-anuncia-pacote-de-medidas-para-pagamento-de-precatorios-judiciais&id=266665>>. Acesso em: 15/07/2013.

CNM - Confederação Nacional de Municípios. **Fundo público meramente contábil ou financeiro / Confederação Nacional de Municípios** – Brasília: CNM, 2012.

COSEMS,. 2013. **Quem somos**. Disponível em: <
<http://www.cosemssp.org.br/quem-somos/30/quem-somos.html> >. Acesso em: 15/07/2013.

CORTES, Soraya Maria Vargas. **Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde**. *Sociologias*, v. 4, n. 7, 2002.

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, CFM - Conselho Federal de Medicina, **Demografia Médica no Brasil** – São Paulo, 2011

CZERESNIA, Dina. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção.** In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Os Estados brasileiros e o Direito à Saúde. São Paulo: Hucitec, 1995.

DIADEMA, Lei Municipal nº 1257 de 22 de junho de 1993 - Institui o **Fundo Municipal de Saúde de Diadema**, 1993.

DIADEMA, Lei nº 1.622 de 30 de dezembro de 1997. **Alteração da Lei Municipal nº 1257 de 22 de junho de 1993 que institui o Fundo Municipal de Saúde de Diadema**, 1997.

DIADEMA, Centro de memória, Departamento de Cultura, Secretaria de Educação, Cultura, Esporte e Lazer. **Diadema: caminhos e lugares – uma primeira viagem por suas referências históricas.** Diadema/SP, 1999.

DIADEMA, Secretaria de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2005.** Diadema/SP, 2005

DIADEMA, Secretaria de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2006.** Diadema/SP, 2006

DIADEMA, Secretaria de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2007**. Diadema/SP, 2007

DIADEMA, Secretaria de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2008**. Diadema/SP, 2008

DIADEMA, Secretaria Municipal de Saúde. **Participação Popular e Controle Social em Saúde: a experiência de capacitação de conselheiros de saúde e lideranças populares em Diadema**. Diadema/SP, 2008a.

DIADEMA, Secretaria de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2009**. Diadema/SP, 2009

DIADEMA, Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de 2009 a 2012**. Diadema/SP, 2009a

DIADEMA, Secretaria de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2010**. Diadema/SP, 2010

DIADEMA, Secretaria de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2011**. Diadema/SP, 2011

DIADEMA, Secretaria de Saúde. **Programação Anual de Saúde 2011**. Diadema/SP, 2011a

DIADEMA. Instituto Diadema de estudos municipais. **Diadema e a cidade informal**. Diadema/SP, 2011b.

DIADEMA. Secretaria de Comunicação de Diadema. Baseado no material produzido pelo Centro de Memória de Diadema. **A Cidade**. 2012. Disponível em: [<http://www.diadema.sp.gov.br/cidadao/teste/1783-dados-gerais.html>] acesso em: 01/08/2012.

DIADEMA, Secretaria de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2012**. Diadema/SP, 2012a

DIADEMA. Secretaria de Planejamento e Gestão Pública. **Observatório Municipal**. 2012a Disponível em: [<http://www.diadema.sp.gov.br/cidadao/teste/1783-dados-gerais.html>] acesso em: 14/09/2012.

DUMÉNIL G, LÉVY D. O neoliberalismo sob a hegemonia norte-americana. In: Chesnais F, organizador. **A finança mundializada: raízes sociais e políticas, configuração e conseqüências**. Marques R, Nakatami P, tradutores, São Paulo: Boitempo; 2005. p. 85-108.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. Editora Hucitec, 1998.

FEUERWERKER L. **Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2005; 9(18): 489-506.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

HARVEY, D. **A brief history of neoliberalism**. Oxford: Oxford University Press; 2009.

IBGE. **IBGE Cidades**. 2012. Disponível em: [\[http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?\]](http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?), acesso em: 01/07/2012.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia Científica**. São Paulo, Editora Atlas, 2010

LUZ, M. T. **Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil Republicano**. In Revista Ciência e Saúde Coletiva, v 2, n 5, p 293-312, 2000.

MACHADO, Cristiani Vieira. **O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90** *The Brazilian Ministry of Health policy model in the 1990s*. Cad. Saúde Pública, v. 23, n. 9, p. 2113-2126, 2007.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. **O SUS e a atenção básica: a busca de um novo desenho?** 2001.

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 Saude Publica, v. 18, n. Supl, 2002.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. **Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

MARQUES, Rosa Maria et al. **Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social**. Economia e Sociedade, v. 14, n. 1, p. 159-175, 2005.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa. **O Direito Universal à Saúde em Risco: A Fragilidade Histórica do Financiamento e as Incertezas dos Governos Lula**. Análise Econômica, v. 30, 2012.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa **“Crônica de uma crise anunciada: o financiamento do SUS ob a dominância do capital financeiro”**. In: XIV Encontro Nacional de Economia Política. São Paulo: PUC-SP, 2009.

MENDES, Áquilas Nogueira and SANTOS, Suzana B. de Souza. **Financiamento descentralizado da saúde: a contribuição dos municípios paulistas**. Saude soc. [online]. 2000, vol.9, n.1-2

MERHY, E. E. & FRANCO, T. B.. **Programa Saúde da Família: Contradições e novos desafios**. In: Congresso Paulista de Saúde Pública, Anais, pp. 145-154, São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública, 2000.

MERHY, EE, FEUERWERKER, LCM, **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. In: Mandarino ACS, Gomberg E (org). Leituras de novas tecnologias e saúde. Bahia: Editora UFS; 29-56, 2009.

MERHY, Emerson Elias ; FEUERWERKER, Laura Macruz ; GOMES, M.P.C. . **Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado**. In: Franco, T.B; Ramos, V.C.. (Org.). Semiótica, Afecção & Cuidado em Saúde. 1 ed. São Paulo: Hucitec, v. , p. 60-75, 2010

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde**. 2012. Disponível em:

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080] acesso em: 02/08/2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SIOPS. 2012. Disponível em: [[http://portal.saude.gov.br/ PORTAL/SAUDE/PROFISSIONAL/ AREA.CFM?ID_AREA= 1671](http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/PROFISSIONAL/AREA.CFM?ID_AREA=1671)] , acesso em: 02/08/2012

MOISÉS, Hélvio Nicolau. **"Município-Rede: Planejamento, Desenvolvimento Político e Sustentabilidade."** O MUNICÍPIO NO SÉCULO XXI: CENÁRIOS E PERSPECTIVAS, São Paulo: Fundação PrefeitoFaria Lima-CEPAM, ED. ESP, 1999.

NASCIMENTO, Vânia Bastos Barbosa do. **SUS: pacto federativo e gestão pública** – São Paulo: Aderaldo & Rothschild Ed.; Santo André, SP: Cesco, 2007.

OBSERVA SAÚDE. **Infográfico: Comparação entre a taxa de crescimento da receita disponível per capita do município e a taxa do gasto per capita em saúde com recurso municipal, segundo municípios da Região de Saúde do Grande ABC e Região Metropolitana de São Paulo, 2002-2008.** 2012. Disponível em: [http://observasaude.fundap.sp.gov.br/Paginas/Infograficos_rosa.aspx], acesso em: 01/08/2012.

OBSERVATÓRIO DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO. **Financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde [SUS] realizados**

pelos municípios da Região Metropolitana de São Paulo 2002 a 2008 - São Paulo: FUNDAP, 2010.

OLIVEIRA, Fabrício Augusto de, **Economia e política das finanças públicas no Brasil: um guia de leitura** – São Paulo: Hucitec, 325p, 2009.

PAIM, JA. **Modelos de atenção e vigilância da saúde**. In: Rouquaryol MZ, Almeida FN. Epidemiologia e saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; p. 567-86, 2003.

PELBART, Peter Pál. **Vida Capital**. São Paulo: Iluminuras, 252p, 2003.

PORTO, Silvia Marta; PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. **Justiça social, equidade e necessidade em saúde**. Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), p. 123-140, 1995.

SANTOS, Isabela Soares; UGÁ, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. **O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde**. Cien Saude Colet, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008.

SEBRAE, Agência de Notícias. 2010. **Diadema aposta em retomada para este ano da sucursal do ABC: *Chefe do executivo definiu Educação como principal área para investimentos***. Disponível em:

<<http://www.agenciasebrae.com.br/noticia.kmf?canal=36&cod=9440123&indice=170>>. Acesso em: 12/09/2011

TANAKA, Oswaldo Yoshimi et al. **Gerenciamento do setor saúde na década de 80, no Estado de São Paulo**, Brasil. In: Publicação financiada pela FAPESP. Processo Saúde Coletiva. 1992.

THOMSON, Sarah; FOUBISTER, Thomas; MOSSIALOS, Elias. **Financing Health Care in the European Union: challenges and policy responses**. Observatory Studies Series, n. 17, European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, 2009. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/studies>. Extraído em: abril/2011.

Mariana Alves Melo

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1250997695844722>

Última atualização do currículo em 29/08/2012

Mestranda da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), graduada em Ciências Econômicas pelo Centro Universitário Fundação Santo André (2007). Atualmente é colaboradora e pesquisadora do Centro Universitário Fundação Santo André no Núcleo de Estudos e Desenvolvimento Local e economista do Departamento Administrativo Financeiro da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Diadema/SP. Tem experiência na área de Planejamento em Gestão de Saúde, na área de Avaliação e Controle (Divisão de Regulação e Auditoria). Nesta área, desenvolve análises que relacionam produção assistencial e financeira, viabilidade econômico-financeira de projetos, programas federais, custos, dados infraestruturais e epidemiológicos entre outros, com o objetivo de suprir a gestão de insumo para a tomada de decisão. Na área de avaliação e controle participou ainda do desenvolvimento do Plano de ação e Metas voltado à otimização do processo de trabalho de produção e faturamento da informação em saúde. Colabora ainda no desenvolvimento do projeto de implantação de Centrais de Custos no sistema municipal de saúde. Como economista do Serviço Administrativo e Financeiro da SMS, atua juntamente ao Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde como Agente de Planejamento da pasta. Na área administrativa financeira é responsável pelos tramites econômicos no que se refere à gestão de captação de recursos, contratos, convênios, compras, orçamento e suprimentos (em todas as modalidades de compra). Elabora ainda análises de viabilidade econômico-financeira de projetos federais e estaduais e custos dos serviços de saúde municipais e é responsável por acompanhar os repasses do Fundo Nacional de Saúde. Hoje atua também como economista no Projeto de descentralização da gestão do Fundo Municipal de Saúde no município. Inglês fluente. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Mariana Alves Melo
Nome em citações bibliográficas	MELO, M. A.

Endereço

Endereço Profissional	Prefeitura Municipal de Diadema, Divisão de Regulação, Auditoria, Avaliação e Controle - DRAAC. Avenida Antonio Piranga, 700 Centro 09911-160 - Diadema, SP - Brasil Telefone: (11) 40438000 Ramal: 8185
------------------------------	---

Formação acadêmica/titulação

2004 - 2007	Graduação em Ciências Econômicas. Centro Universitário Fundação Santo André, CUFSA, Brasil. Título: DESENVOLVIMENTO ENDÓGENO E SUSTENTÁVEL: Análise dos atores locais da Região do Grande ABC sob enfoque do Desenvolvimento
--------------------	--

Áquilas Nogueira Mendes

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7310723011915165>

Última atualização do currículo em 09/05/2013

possui doutorado em Ciências Econômicas pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP - (2005), livre-docência pela USP (2012) e pós-graduação em Política e Relações Internacionais pela Lancaster University da Inglaterra (1984). Atualmente é professor livre-docente de economia da saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP e de seu programa de pós-graduação em Saúde Pública, professor doutor do Departamento de Economia e do Programa de Pós-Graduação em Economia Política da Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP), ex-presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres) (2007-2010). Autor de vários livros e artigos e com experiência de consultoria e pesquisa na área de Economia Social, com ênfase nos seguintes temas: economia da saúde, financiamento da saúde e do SUS, previdência social, assistência social, finanças públicas, economia e desenvolvimento e economia política na América Latina. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Áquilas Nogueira Mendes
Nome em citações bibliográficas	MENDES, Áquilas Nogueira

Endereço

Endereço Profissional	Faculdade de Saúde Pública - USP, Departamento de Prática de Saúde Pública da FSP/USP. R. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira César 01246-904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (011) 30617784 URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

2012	Livre-docência. Faculdade de Saúde Pública da USP. Título: Tempos Turbulentos da Saúde Pública Brasileira: os impasses do financiamento no capitalismo financeirizado, Ano de obtenção: 2012. Palavras-chave: Saúde pública universal; Financiamento do SUS; Capitalismo Contemporâneo; Capital portador de juros; Regulamentação da EC29. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Economia da Saúde.
2000 - 2005	Doutorado em Ciências Econômicas. Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil. Título: Financiamento, Gasto e Gestão do SUS: a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema no Estado de São Paulo (1995-2001), Ano de obtenção: 2005.