



Boletim do Instituto de Saúde

nº 28 - Dezembro 2002

ISSN 1809-7529

Um olhar sobre os doze anos do SUS





Sumário

Editorial	3
Condições de vida e saúde	4
Avaliação em Saúde	6
A eqüidade nos anos 90 e sua emergência no campo da Saúde	10
Uma (longa?!) jornada SUS adentro	12
Avanços e Desafios às Informações em Saúde do SUS	17
Os censos e a dança dos dados nacionais	19
As Normas Operacionais e a construção do SUS	21
Publicações	23

BIS - Boletim do Instituto de Saúde
nº 28 - Dezembro 2002 ISSN 1809-7529

Publicação quadrimestral do Instituto de Saúde.

Tiragem: 2000 exemplares

R. Santo Antônio, 590 Bela Vista

Cep: 01314-000 São Paulo-SP

Tel: (11) 3105-9047 Fax: (11) 3105-2772

E-mail: editora@isaude.sp.gov.br

home page: <http://www.isaude.sp.gov.br>

Secretário de Estado da Saúde:

José da Silva Guedes

Coordenador dos Institutos de Pesquisa:

José da Rocha Carvalheiro

Diretora do Instituto de Saúde:

Maria Lúcia Rosa Stefanini

Expediente:

Editor deste número: Umberto Catarino Pessoto

Editor assistente deste número: Jucilene Leite da Rocha

Colaboradores: Carlos Tato Cortizo; Iracema Ester do Nascimento Castro; Jorge Kayano; Jucilene Leite da Rocha; Juliana Lordello Sícoli; Lauro César Ibanhes; Luiza Stermann Heimann; Roberta Cristina Boaretto; Umberto Catarino Pessoto; Virginia Junqueira

Editoração: Nelson Francisco Brandão

Apoio Logístico: Núcleo de Informática do Instituto de Saúde

Capa: Nelson Francisco Brandão

Divulgação: Núcleo de Documentação e Informação do Instituto de Saúde



CIP
COORDENAÇÃO DOS
INSTITUTOS DE PESQUISA
**SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE**



Firme e presente,
cuidando de gente.

Editorial

Luiza Sterman Heimann*

Coube ao Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS) a edição do último número do BIS do ano de 2002.

Este não é um fim de ano qualquer. Tivemos um processo eleitoral amplo, com renovação de grande parte da Câmara dos Deputados, do Senado, dos governos estaduais e federal. A sociedade brasileira, apesar das pressões econômicas ligadas ao capital internacional, afirmou seus desejos, anseios e expectativas através do voto, consolidando o estado democrático.

O resultado das eleições evidencia que a consciência coletiva por mudanças que resultem numa sociedade mais justa está viva. Foi esta mesma consciência, nos idos das décadas de 70 e 80 que impulsionou o movimento pelas Diretas Já, pela Reforma Sanitária, pela Constituinte, tornando a Saúde um direito de todos os cidadãos. Foi também neste período, formuladas e criadas as bases para implantação do Sistema Único de Saúde – SUS.

A equipe do NISIS, como autores e atores, decidiu dedicar a este BIS uma reflexão sobre temas e questões que envolvem tanto nossas linhas de trabalho como nossa produção, nestes doze anos de implementação do SUS.

Na primeira etapa de estruturação do Núcleo, quando ainda éramos reconhecidos por Sistemas Locais de Saúde (SILOS), realizamos uma investigação (1990-1992) sobre a descentralização nos municípios do estado de São Paulo segundo orientação do então Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS). A pesquisa foi financiada pelo Banco Mundial. Desta resultou o livro *O município e a saúde* editado pela Hucitec em 1992.

Após breve interregno de tempo, no qual houve diversas acomodações internas tanto de pessoal quanto de foco de pesquisa, mas não de objeto, empreendemos uma trajetória profícua na parceria com a Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde no Cone Sul (RED) a partir do ano de 1995.

Em 1996 iniciamos a pesquisa, de âmbito nacional, sobre a descentralização do SUS com gerenciamento da RED e o financiamento pelo International Development Research Centre – Canadá – (IDRC). Um dos produtos públicos desta pesquisa foi o livro *Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal*

editado pela SOBRAVIME. Entre 1998 e 1999 realizamos a investigação sobre a busca da equidade em Belo Horizonte, demonstrando ser possível sonhar, mesmo que em nível municipal.

De 2000 a 2002 empreendemos outra grande pesquisa em nível nacional, na qual investigamos as formas correntes de financiamento e alocação de recursos no SUS. Um dos produtos dessa pesquisa é uma proposta de operacionalização do artigo 35 da Lei 8080/90. É uma forma de redirecionar os gastos visando a realização da equidade no sistema. Esse projeto teve duas fases: na primeira contamos com a gerência da RED e financiamento do IDRC; e na segunda fase contamos com outros dois parceiros, o Ministério da Saúde como financiador e o Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais (POLIS) na gerência financeira.

As duas instituições internacionais e o Ministério da Saúde foram de grande importância na viabilização das pesquisas de abrangência nacional e, portanto, na estabilização e consolidação do Núcleo.

Neste final de ano estamos formulando uma nova investigação, que terá como foco a Região Metropolitana de São Paulo. Quando consideramos a integração de atividades e serviços de cuidados à saúde, públicos e privados, podemos pensar questões tais como: Quais são os instrumentos de gerenciamento voltados para esta relação? Quais as relações entre os governos (federal, estaduais e municipais) para enfrentamento das iniquidades em saúde, incluindo os setores públicos e privados? É no rumo dessas pistas que seguiremos.

Por fim, esperamos que pela nossa produção os leitores poderão perceber que não só buscamos contribuir com o avanço do conhecimento no campo da Saúde Coletiva como, também, criar métodos e técnicas para o desenvolvimento do SUS. SUS este que com acertos e erros, avanços e recuos, ainda se mostra como a possibilidade para o setor saúde, desde que não desfigurado de seus preceitos originais, de contribuir para a construção de uma sociedade mais justa.

* médica sanitária, mestre em Saúde Preventiva coordenadora do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS)

Condições de vida e saúde

Lauro César Ibanhes*;
Luiza Sterman Heimann**

O Capítulo II, Seção II, Artigo 196 da Constituição de 1988 estabelece que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Nesse sentido, muitas vezes pode-se perceber que a temática da equidade é traduzida, tratada, recortada ou simplesmente confundida com o acesso aos serviços –universalidade da cobertura e integralidade em relação aos níveis de atenção. Ainda assim ou por isso mesmo, nos parece bastante pertinente e justificável tentar compreender saúde de um modo, se nos permitem, integral e universal, ou seja, ajustando no foco a multiplicidade e multidimensionalidade dos elementos e aspectos envolvidos no referido artigo –e não privilegiando o termo final da oração, referente ao acesso aos serviços –que de ‘porta de entrada’ da pesquisa social aplicada freqüentemente acaba se transformando em janela ou vitrô da mesma.

A partir daí, a decorrência principal é a de que se a equidade deve ser orientada por um sentimento –e dever –ético e moral de busca de justiça social, isto é, por um conjunto de políticas voltadas a reduzir as injustiças, respeitadas as diferenças entre indivíduos e grupos, ao nosso ver, impõe-se que se parta do reconhecimento das desigualdades sociais, especificamente as desigualdades em saúde, captáveis através da análise das condições de vida e de saúde.

Na Idade Antiga, este interesse teórico-prático já aparece registrado sendo que a partir do século XVIII ele se apresenta como um conjunto mais ou menos sistematizado em termos de teorias, métodos, leis e campos especializados, concomitante ao próprio desenvolvimento da ciência e das áreas específicas do conhecimento¹.

Claro está que, historicamente, a questão somente pôde se constituir como tal, muito mais tarde, como vemos em Rosen: “*embora o registro das relações entre saúde e as condições de vida de grupos e classes sociais distintas seja encontrado desde a antiguidade clássica, é apenas com o aparecimento*

da Medicina Social durante os séculos XVIII e XIX que surgem, não só investigações sistemáticas sobre o tema, como também um conjunto articulado de proposições para a intervenção, subsidiadas por esse tipo de saber” (em Paim, 1995, p.5).

Desde Snow - considerado o pioneiro neste campo - que se notabilizou justamente por estudar a mortalidade por cólera em distintos distritos de Londres, em 1849, sempre houve, às vezes em maior número e grau de hegemonia, às vezes menos, a busca de se superar as enormes e óbvias dificuldades teórico-metodológicas na apreensão dos fenômenos de saúde –problemas, perfis, padrão - articulado às questões gerais, sócio-econômicas –campo que viria mais tarde se constituir como específico da Epidemiologia Social e os denominados estudos do processo saúde/doença. Para autores como Breilh (1990), por exemplo, os membros de cada classe social, em função de sua *inserção na esfera produtiva, com seus padrões específicos de consumo, de organização e cultura, se desenvolvem num sistema contraditório onde se opõem, de um lado, os bens e serviços que protegem e aperfeiçoam a saúde, e, de outro lado, aspectos destrutivos que os constroem e deterioram*. É seria justamente a expressão desse movimento, dessa contradição que se tem denominado de perfil de saúde-enfermidade, ou seja, *do modo de nascer, viver, adoecer e morrer em dado grupo, localidade ou sociedade*.

Ao mesmo tempo, mais e mais surgem preocupações não apenas com o aparato teórico-

* Psicólogo, doutor em Saúde Pública e pesquisador do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS)

**Médica sanitária, mestre em Saúde Preventiva e pesquisadora do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS)

¹ Anacronismos à parte, alguns autores identificam o próprio Hipócrates como um dos primeiros a refletir sobre a questão do espaço e da doença, em seu texto “Ares, Águas e Lugares”; conforme Jairnilson Paim, “*Abordagens Teórico-Conceituais em Estudos de Condições de Vida e Saúde: Algumas Notas para Reflexão e Ação*”, texto base apresentado no “Seminário Latino-Americano sobre Condições de Vida e Situação de Saúde”, promovido pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO, realizado no Memorial da América Latina, São Paulo, SP, dezembro de 1995, p. 8).

conceitual do fenômeno *condições de vida/saúde*, stricto sensu, mas também com a tradução e compreensão, com as dificuldades e possibilidades quanto ao colher, registrar, sistematizar, classificar, analisar e compreender aspectos econômicos, sociais e culturais, como renda, educação, emprego, habitação, transporte, percepção, consciência, tipo e grau de expectativas e satisfação, lazer, ambiente, conduta, desenvolvimento humano, qualidade de vida, autonomia, exclusão/inclusão social... enfim, “dados”, que, como sabemos, de dados não tem quase nada. Assim, nas últimas duas décadas, cada vez mais o assunto tem merecido de agências de cooperação técnica nacional e internacional, acadêmicas, instituições de ensino e pesquisa e técnicos das mais distintas áreas tratamento de forma mais estável e regular; por consequência, a questão da informação e a elaboração de indicadores, sintéticos ou compostos, seus limites e alcances, graus de sensibilidade, dentre outros, tem igualmente merecido o interesse de um sem número de pesquisas e pesquisadores.

Em nosso caso, ao tratarmos dos aspectos conceituais e metodológicos dos estudos das *desigualdades em saúde segundo condições de vida*, temos nos reportado fundamentalmente a Castellanos (1992); para quem, “cada indivíduo, família, comunidade e grupo populacional, em cada momento de sua existência, tem necessidades e riscos que lhes são característicos, seja por sua idade, pelo sexo e por outros atributos individuais, seja por sua localização geográfica e ecológica, por sua cultura e nível educativo, ou seja por sua inserção econômico-social, que se traduzem em um perfil de problemas saúde/doença peculiares”.

Em estudos sobre a situação de saúde de países americanos este autor criou o conceito de *brechas redutíveis*, onde, ao comparar e analisar localidades, regiões e países com padrões econômicos similares médios, apresentam, por outro lado, diferentes perfis epidemiológicos; deste modo, o conceito de brechas redutíveis torna-se uma ferramenta capaz ainda de deslocar a discussão do campo puro e simples do econômico – ao cotejar localidades a princípio similares desde este ponto de vista – para o campo da análise do perfil epidemiológico, respostas e organização do sistema de saúde e dos modelos de atenção (OPS, 1994; Castellanos, 1992).

Assim, em nossos estudos, temos a preocupação de, ao construirmos uma grade de indicadores, nos basearmos no citado modelo de análise de situação

de saúde e condições de vida proposto por Castellanos (1991) e na metodologia de Breilh & Gandra (1986) para Investigação em Saúde Coletiva, segundo a qual, para cada *problema*, definem-se *processos, variáveis e indicadores*; ao elencar processos, suas respectivas variáveis e indicadores, abre-se a possibilidade de que estes últimos sejam selecionados dentre os existentes em cada situação concreta, garantindo-se contudo que as variáveis componham efetivamente os processos, e que estes expressem, de um lado as condições de vida e saúde de uma população e, de outro, a resposta do sistema a essas condições.

Em nossa pesquisa sobre *O Financiamento no SUS e a busca da Equidade*, por exemplo, essas orientações foram fundamentais para a identificação das variáveis e indicadores que levaram à construção de Índices Sintéticos de Condições de Vida e Saúde (ICVS) e de Respostas do Sistema (IRSS), que permitiram uma análise apropriada das desigualdades em saúde.

Referências:

- BREILH, J e GRANDA, E. (1986) *Saúde na sociedade: investigação da saúde na sociedade*. Instituto de Saúde - SP/ABRASCO. São Paulo.
- BREILH, J. (1990) “Reprodução social e investigação em Saúde Coletiva”. In: Costa, D. C. (org.) P. 137-165. *Epidemiologia, Teoria e Objeto*. Hucitec/ABRASCO, São Paulo.
- CASTELLANOS, PL. (1991) Proyecto: Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud según Condiciones de Vida y del Impacto de las Acciones de Salud y Bienestar. Borrador de trabajo, OPS/OMS – (mimeo).
- CASTELLANOS, PL. (1992) *Análise de la situación de salud y las inequidades en el salud*. Organización Panamericana de la Salud, Washington. D.C. (texto mimeo).
- OPS. (1994) Salud y condiciones de vida. *Las condiciones de salud en las Américas*, vol 1, pp 1-36, Washington D.C., OPS. (Publicación científica n° 549)
- PAIM, J. (1995) Abordagens Teórico-Conceituais em Estudos de Condições de Vida e Saúde: Algumas Notas para Reflexão e Ação. Em: *Seminário Latino-Americano sobre Condições de Vida e Situação de Saúde*. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO, Memorial da América Latina. São Paulo, SP.

Avaliação em Saúde

Virginia Junqueira *
Iracema Ester do Nascimento Castro**

A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil foi um marco da reforma de Estado concretizada na Constituição de 1988. A avaliação do impacto das ações do SUS sobre a situação de saúde da população é atribuição que cabe aos três níveis de governo.

Ao revisar a literatura sobre a avaliação em saúde, Silva&Formigli (1994) observam que a variedade de definição dos termos empregados por diversos autores guarda relação com a complexidade do objeto e com as diferentes concepções e práticas de saúde. Segundo estas autoras, a avaliação em saúde pode ter seu foco centrado desde o cuidado dispensado ao indivíduo até às políticas e aos sistemas, passando pelos serviços e programas.

Verificam, porém, que a maior parte dos estudos sobre avaliação tem como objeto o cuidado individual, os serviços e os programas. Um número bem menor de estudos se debruça sobre os sistemas e as políticas de saúde.

As autoras observam que, além da polifonia do termo, dois outros grandes problemas se apresentam aos estudiosos da avaliação: por um lado, no Brasil, não se realizam avaliações no cotidiano dos serviços de saúde, isto é, como prática de rotina; e por outro, ainda se colocam questões de ordem metodológica e operacionais não respondidas pelas investigações já realizadas.

Carvalho¹ afirma que “avaliar o processo saúde/doença em sua dimensão coletiva não pode ser feito somente com a dimensão da epidemiologia tradicional (tempo, lugar e pessoa) se não se busca a essência do processo”. Este pensamento expressa o questionamento do instrumental quantitativo da epidemiologia tradicional para enfrentar a complexidade do processo saúde-doença.

Estão em debate na atualidade propostas reformistas dos sistemas de saúde de vários países. Abrangem desde questionamentos, por parte de

governos de corte neoliberal em países europeus, ao modelo do *Welfare State*, implantado desde o pós-guerra, passando pela adoção, na América Latina, de modelos privatizantes da seguridade social e da assistência médica; no extremo oposto se situa a incorporação, nos textos de Constituições nacionais, de modelos que tentam justamente reproduzir alguns dos elementos, no plano dos direitos de cidadania, do Estado de Bem Estar, como é o caso brasileiro.

No Brasil, o advento do SUS, em 1990, tem provocado o embate de forças políticas, cujos projetos para a sociedade se opõem, no sentido de direcionar sua implantação. A interpretação dos princípios doutrinários da integralidade,

universalidade, equidade, controle público do sistema tem sido diversa em função dos mencionados projetos.

Considerando este quadro conflituoso e os graves problemas de saúde vividos pela maior parte da população brasileira, torna-se fundamental para o poder público demonstrar que a

implantação do SUS traz resultados positivos sobre a situação de saúde, na medida em que operacionalize os princípios inscritos nos textos legais. Assim, a avaliação adquire grande relevância na gestão do sistema tanto para os que reafirmam o SUS quanto para os que o negam, uma vez que o debate exige evidências empíricas.

No período imediatamente anterior à instituição do SUS havia clara divisão entre as competências do Ministério da Saúde- MS e do Instituto Nacional de Assistência Médica e Assistência Social- INAMPS, autarquia que até 1990 integrava o Ministério da Previdência e Assistência Social- MPAS. Apenas a

* Médica sanitária, mestre em Medicina Preventiva e pesquisadora do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS)

**Médica sanitária e pesquisadora do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS)

¹ apud Castiel (1986, p. 87)

assistência aos doentes de tuberculose, pacientes psiquiátricos e grupos populacionais indigentes era prestada através da Fundação de Serviços Especiais de Saúde- FSESP, cuja atuação se concentrava em algumas regiões como o Norte e Nordeste.

O INAMPS, por sua vez, era responsável pela assistência médica à população trabalhadora, através de uma rede própria de unidades ambulatoriais e hospitalares e da contratação de serviços privados, em sua maioria localizados nos maiores municípios brasileiros.

A crise de financiamento da Previdência Social, cujas causas podem ser imputadas ao uso dos recursos do seu Orçamento - que só era suplantado em volume pelo da própria União - para a realização de grandes obras durante o período da ditadura militar e a desvios de toda ordem ocorridos neste mesmo período, chamou a atenção para a prática de fraudes gigantescas no setor da assistência médica privada contratada e sustentada com dinheiro estatal. Havia, contudo, um sistema de auditoria montado.

O Sistema de Assistência Médico Hospitalar da Previdência Social-SAMHPS foi criado em 1983/84, com o objetivo de corrigir falhas do sistema de controle anterior, praticando a modalidade de remuneração fixa por procedimento, com base em valores médios globais atribuídos, mediante tabela fixada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social. Caracterizava-se como modelo de financiamento do tipo prospectivo, fundamentado na estimativa de custos médios aplicados a uma unidade determinada (caso ou procedimento) e guardando, pois, similaridade com o Diagnosis Related Groups-DRG dos EUA. Este modelo assume que os pacientes apresentam características homogêneas demográfica- sociais e relativas ao diagnóstico e ao tratamento.

Importa lembrar que o INAMPS permaneceu como autarquia do MPAS até 1990, quando foi transferido para o MS, e sua extinção ocorreu apenas em 1993. A permanência do INAMPS evidencia também a continuidade da hegemonia de uma certa concepção de saúde e, portanto de resposta social à demanda por saúde e bem estar. A prática da auditoria desenvolvida pelo INAMPS atravessa o advento do SUS e se consubstancia no decreto

federal do Sistema Nacional de Auditoria-SNA.

O Sistema Nacional de Auditoria e Controle-SNA- previsto no artigo 16, inciso XIX, da Lei 8080 de 19/09/90 (Brasil, 1990) e no artigo 6 da Lei 8689, de 27/07/93 (Brasil, 1993), foi regulamentado pelo Decreto nº 1651, de 28 de setembro de 1995 e “deve ser organizado junto à direção do Sistema Único de Saúde, em todos os níveis de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo” (Brasil, 1995).

A avaliação é definida neste decreto como o “ato pelo qual o servidor analisa a veracidade das informações em saúde prestadas pelos gestores do SUS e pelas pessoas físicas e jurídicas que participam do sistema de forma complementar e a qualidade, o desempenho e o grau de resolutividade das ações e dos serviços executados no âmbito do SUS.” Esta concepção é tributária da prática de auditoria do antigo INAMPS, centrada no controle contábil de procedimentos e pagamentos de prestadores.

As seguintes dificuldades têm sido levantadas como inerentes a esta modalidade de avaliação:

- a lógica que a caracteriza, fundada na produção, na primazia dos atos médicos e na valorização dos procedimentos de alta

complexidade;

- os diferenciais de remuneração entre os procedimentos incluídos na tabela do Ministério da Saúde, ocasionando distorções na prática assistencial;
- a baixa remuneração, ou mesmo a exclusão, da tabela de procedimentos ligados à prevenção e à promoção da saúde;
- tratamento burocrático e cartorial dos sistemas de informação existentes- Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), restritos à função de arrecadar recursos e controlar contabilmente as atividades;
- dificuldades de relacionamento com a iniciativa privada que absorve a maior parte dos recursos financeiros públicos destinados à assistência médica, e cuja ótica do lucro faz com que os procedimentos de alta complexidade se tornem excessivamente relevantes.

“a avaliação em saúde parte do desvendamento da desigualdade nas condições de vida e de sua articulação com as diferentes situações de saúde”

Ao considerar o momento atual da montagem de sistemas públicos de avaliação em saúde no Brasil observamos que muitos passos foram dados desde a instituição do Sistema Único de Saúde. Têm ocorrido iniciativas nos três níveis de gestão do SUS apoiadas em artigos da Lei 8080/90 e materializadas em um conjunto de portarias do MS, que dispõem sobre competências, no que concerne à avaliação, dos diferentes níveis de gestão.

Do nosso ponto de vista, coerentemente com a concepção de saúde inscrita na Constituição Federal e na Lei 8080, a avaliação em saúde parte do desvendamento da desigualdade nas condições de vida e de sua articulação com as diferentes situações de saúde, cuja aproximação pode ser feita através de indicadores relativos a problemas de saúde prioritários.

De modo geral em nosso país, os indicadores de mortalidade relativos aos principais problemas de saúde mostram melhora nas últimas décadas. Houve ao mesmo tempo expansão de cobertura pelos serviços de saúde. No entanto, os diferenciais de mortalidade entre as regiões se mantêm. Isto confirma os achados de

Castellanos (1994) que, ao estudar a evolução dos óbitos nos países das três Américas no período de 1960-89, destaca a existência de brechas redutíveis de mortalidade (BRM) ao se comparar países agrupados segundo o Indicador Global de Desenvolvimento Social Acumulado (IGADSA), construído com base em cinco dimensões:

- Acessibilidade acumulada a serviços básicos de saúde
- Acessibilidade acumulada a recursos econômicos
- Acessibilidade acumulada a nutrientes
- Acessibilidade acumulada a saneamento básico
- Acessibilidade acumulada ao sistema educativo

Portanto, na realidade brasileira, com mais de 5500 municípios distribuídos em regiões que guardam entre si e no seu interior grande desigualdade sócio-econômica, impõe-se, para avaliar o desempenho dos diferentes níveis do SUS, a escolha de metodologia que permita analisar os perfis de morbimortalidade, articulando-os com as

condições de vida.

Esta modalidade de avaliação pode ser denominada "avaliação por problemas". Seu marco teórico é fundado na tríade condições de vida, problemas de saúde/bem estar e as respostas sociais de saúde e bem estar.

A partir da articulação desta tríade, Castellanos propõe operacionalizar as condições de vida em quatro dimensões: predominantemente biológica (potencial genético e capacidade imunitária), predominantemente ecológica (meio ambiente de moradia e trabalho), dos processos reprodutivos da forma de consciência e conduta (cultura, hábitos, estilo de vida) e predominantemente econômicas (articulação com a produção, distribuição e consumo de bens e serviços).

A aproximação da situação de saúde se faz mediante a seleção de indicadores relativos aos problemas de saúde prioritários. O pressuposto é que as ações dos gestores locais dirigidas aos problemas prioritários a partir de critérios epidemiológicos, no contexto de um processo de priorização no qual se vinculam as condições de

vida e a situação de saúde da população, alteram favoravelmente estes problemas.

Como hipótese está colocada a possibilidade de identificar variáveis que permitam avaliar a gestão local de saúde através da escolha de indicadores adequados a cada realidade social e epidemiológica. Os traçadores são selecionados em função de sua capacidade de deslocar a avaliação da gestão local de saúde das atividades-meio (oferta e diversificação de serviços e produção de procedimentos) para indicadores referentes aos problemas finalísticos de saúde prioritários.

Segundo Castellanos, (1991, p. 28-29) "a construção da cadeia de acontecimentos que vão desde as condições de vida à mortalidade é um esforço necessário para identificar os indicadores mais adequados a cada grupo de problemas e de condições de vida". Os problemas de saúde se expressam em diferentes espaços organizativos da realidade e podem se evidenciar como diferenças entre atributos individuais, entre grupos populacionais ou no plano da sociedade em geral.

São problemas complexos e mal estruturados, isto é, que sofrem a interveniência de variáveis conhecidas e não conhecidas, não sendo possível estabelecer o peso de cada uma delas na produção do problema investigado.

Os estudos da situação de saúde se baseiam em variáveis que dizem respeito a diferentes unidades de análise, desde o indivíduo, passando por grupos populacionais até toda a população de um país. Em nosso caso, são trabalhados dados secundários disponíveis nos bancos do Departamento de Informática do SUS- DATASUS, que reúnem informações relativas à população, aos nascidos vivos, à rede ambulatorial e hospitalar, à mortalidade, à morbidade hospitalar, à produção de serviços e ao financiamento do setor.

As principais características da modalidade de avaliação por problemas são resumidamente:

- o objeto da avaliação se desloca da assistência médica individual (e todos os demais atos que ocupam habitualmente em relação a ela uma posição subalterna), para o problema de saúde, como expressão das condições de vida e saúde da população;
- as intervenções que procuram enfrentar os problemas de saúde devem ser avaliadas, à luz do impacto provocado no problema, não apenas nos aspectos predominantemente quantitativos, como eficácia, eficiência, resolutividade, como também nas mudanças decorrentes das ações implementadas;
- importa avaliar o grau de democracia do processo de planejamento e gestão do SUS; para tanto, devem estar sempre presentes questões sobre como são tomadas as decisões a respeito da priorização dos problemas, da seleção das intervenções a serem feitas e da sua execução, buscando explorar o plano da qualidade de vida e do avanço da cidadania;
- os sistemas de informação que alimentam o planejamento, avaliação e gestão do SUS devem incorporar o processamento de dados demográficos, sócio-econômicos, epidemiológicos, de produção de serviços e aqueles obtidos por pesquisas qualitativas junto aos diversos atores sociais, que auxiliam a configurar "retratos" dos territórios sociais, permitindo diferentes aproximações da realidade. Devem ser preferencialmente informatizados e ordenados em base geográfica, de tal forma que a análise dos

dados possa se fazer em vários níveis de agregação.

A construção de parâmetros alternativos para avaliação da gestão local de saúde supõe que se abandona a ótica da avaliação pela mera produção dos serviços, na qual importa apenas a oferta e a diversificação das ações de saúde. A tentativa é apreender as eventuais alterações de indicadores epidemiológicos que se refiram aos resultados obtidos no âmbito coletivo, sem deixar de lado parâmetros técnicos que respeitam a especificidade da saúde tomada como objeto de investigação.

Referências:

- BRASIL (1990). Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, seção I, nº 182, p.18055, 20 de setembro.
- BRASIL (1993). Ministério da Saúde. Lei 8689 de 27/07/1993: Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e dá outras providências.
- BRASIL (1995). Ministério da Saúde. Decreto nº 1651 de 28/09/1995: Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.
- CASTIEL, LD (1986). Considerações Acerca da Utilização da Epidemiologia na Avaliação de Sistemas de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2(2) 184-90.
- CASTELLANOS, PL (1991). Proyecto: Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud según Condiciones de Vida y del Impacto de las Acciones de Salud y Bienestar. Borrador de trabajo, OPS/OMS (mimeo).
- CASTELLANOS, PL (1994). Perfiles de mortalidad, nivel de desarrollo e inequidades sociales em la region de las Americas. Borrador de trabajo. OPS/OMS.
- SILVA, LM da; FORMIGLI, VL (1994). A avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10(1) 80-91, jan/mar.

A eqüidade nos anos 90 e sua emergência no campo da Saúde

Lauro César Ibanhes*
Luiza Sterman Heimann**

No entrechoque das transformações econômico-políticas ocorridas a partir dos anos 80, no âmbito mundial com o transbordamento do ideário neoliberal e o avanço da globalização do capital e, no plano interno com a retomada da trilha rumo à democracia sem adjetivos e pelo arejamento das instituições políticas, observa-se o ressurgimento da temática da *eqüidade* na agenda e no debate nacional, e sua emergência no campo da saúde.

Gerado e gerido pela perversidade do ciclo entre ajustes macroeconômicos e aumento das desigualdades sociais, o tema da *eqüidade* ganha força no final dos anos 80 e início dos 90, diante dos rearranjos e redefinições no marco das relações entre Estado *versus* Sociedade Civil. Não por acaso, no mesmo contexto surge também o discurso centrado na chamada '*reforma do Estado*'. Pautado o debate, enquanto para alguns setores da economia o momento significava a possibilidade de hegemonia e ganhos ainda maiores -abertura desordenada do país à indústria estrangeira, entrada de capital especulativo, importação de bens de consumos -, para outros, amplas parcelas da população e de setores historicamente relegadas e renegadas, impunha-se a necessidade de influir na nova configuração político-institucional e na implementação de novas políticas sociais - Diretas Já, Constituição de 1988, e, particularmente, o Sistema Único de Saúde - SUS; enfim, uma demanda popular e social crescente de modo a convergir o foco na correção das desigualdades e injustiças histórico-estruturais, aguçadas pela '*crise dos 80*', a chamada '*década perdida*'.

Enquanto para uns na acomodação tectônico-política então verificada poder-se-ia viabilizar a questão da *eqüidade* corporificada e inserida no plano da cidadania, do Estado de Direito e de garantias constitucionais, incluindo seguridade social, para outros, como desdobramento do pensamento único e do '*consenso de Washington*' buscava-se delinear, restringir -e o nome era esse mesmo: focalizar, fazer caber numa cesta básica, não mais que isso - aquela ânsia, aliás, atualíssima.

Assim, enquanto uns impunham-se a tarefa de

contribuir na construção plena e concreta do Estado brasileiro, sem predicados, outros assumiam o discurso da '*reforma do Estado*', de seu '*enxugamento*' e '*leveza*', descuidando e reduzindo o peso e a complexidade do problema das injustiças e das desigualdades brasileiras. Em todo caso, a reorientação dos termos do debate para assuntos fiscais e econômicos -eficácia na gestão e alocação de recursos e no financiamento do setor, custo-efetividade dos modelos, procedimentos e serviços sociais '*ofertados*' (sic), e, com isso, o desvio, em boa medida, do debate daquilo que seria apenas os princípios gerais e orientadores da Gestão Pública em um cenário real de crise e ajustes macroeconômicos tornou-se o centro da agenda social, inclusive na saúde. Este deslocamento fornece pistas sobre a correlação de forças -econômicas, ideológicas - envolvidas neste processo.

E deste modo a questão da *eqüidade* -premente para uns, e espremida por e para outros - avança agenda adentro, e apesar disso, ou, exatamente por causa disso, mantém-se, ao nosso ver, como um eixo norteador da reflexão e da ação e fundamental no trato da coisa pública. Claro está que, exatamente por conta de seu polimorfismo, maleabilidade e alto grau de solubilidade, o termo *eqüidade* acaba sendo traduzido das mais variadas formas, com as mais diversas intenções -supondo-se que estas garantissem, por si mesmas e por definição, a coerência interna, validade e organicidade quanto à compreensão, aplicabilidade e operacionalização do conceito. Para além disso, registre-se a observação de que, ao ler, pesquisar, discorrer sobre o termo *eqüidade* legitima-se também os termos do debate e seus contornos, núcleo, citoplasma e membrana.

Ressalvada a plasticidade do termo, e, muitas, vezes, as nuances e traços relativistas com que é colorido, de um modo geral a *eqüidade em saúde*

* Psicólogo, doutor em Saúde Pública e pesquisador do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS)

**Médica sanitária, mestre em Saúde Preventiva e pesquisadora do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS)

pode ser compreendida como a superação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando obviamente que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas, isto é, reconhecer e atender diferentemente os diferentes, como definido por Whitehead (1991)¹.

Isto posto, assume-se aqui a perspectiva da equidade em sintonia com o SUS, de que antes de mais nada e acima de tudo o que existe na vida nacional são sujeitos, cidadãos, igualitariamente tidos e havidos, e não consumidores, ou 'despossuídos', como consta na Constituição Federal, Artigo 196, Seção II - Da Saúde, onde estabelece o acesso universal e igualitário às ações e serviços e, no Artigo 198, onde se coloca a diretriz do atendimento integral.

Conforme dito anteriormente, uma maneira bastante freqüente encontrada na literatura a respeito é aquela que traduz o binômio *universalidade e integralidade* na chamada *equidade horizontal e vertical* -modo muito encontrado também em estudos sobre o financiamento do setor saúde, por exemplo. Outro ponto a ser observado refere-se ao fato de que, tanto pelas dificuldades teóricas -e muito principalmente metodológicas -a operacionalização do termo recai sobre estudos sobre o acesso aos serviços de saúde; também aqui, enquanto alguns autores afirmam ser esta uma maneira exequível e factível de se adentrar o problema da equidade, para outros, implica numa redução do problema -seu enfoque, recorte, compreensão -o que poderia levar à restringir e legitimar a lógica do serviço -e do agravo instalado, da 'oferta', bem como à maneira como se colhe e trabalha as informações plantadas no sistema.

Assim, enquanto para alguns estudiosos o conceito de equidade, uma vez passível de entendimento desde as mais distintas posições, pode significar justamente a ênfase em um termo ascético, reativo, morno, que espelharia um contexto igualmente indefinido, uma 'guerra de posição' ou mesmo o abandono da antiga luta pelo bem estar universal, para outros, ao contrário, reconhecer e intervir nas diferenças e desigualdades entre indivíduos e grupos -e espaços, necessidades, problemas-, se constitui justamente no caminho

necessário para se chegar à igualdade e à justiça social. Ainda nessa linha, encontram-se autores que alertam para o perigo da reificação das desigualdades sociais, que seria inerente à assunção do debate nesses termos.

Para nós, a necessidade de acompanhamento e avaliação dos significados das políticas sociais pautadas nos termos da equidade, tanto pelo conteúdo e forma das políticas, programas e medidas que foram implementadas, quanto por àquelas que não o foram, continua se constituindo num exercício fundamental, meio e fim do princípio constitucional da integralidade, da universalidade e da participação. Tomando-se como exemplo o caráter focalizador, programático e residual de boa parte das medidas e ações implementadas no bojo do ideário difundido pelas agências de cooperação internacionais, pode-se vislumbrar a sedimentação -e mesmo aumento - das desigualdades sociais. O estabelecimento de um padrão e mecanismos de atenção, oferta e prestação de serviços pontuais, aquém em quantidade e qualidade e descasado das necessidades da população mais pobres, seguramente cristaliza diferenças, discriminando-a e condenando-a num círculo vicioso e com efeitos deletérios nas condições de vida e de saúde e na própria tessitura social, no convívio cotidiano e na constituição plena da nação.

Referência:

WHITEHEAD, M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: World Health Organization, 1991.



¹ Em livre tradução

Uma (longa?!) jornada SUS adentro*

Umberto Catarino Pessoto**;
Jucilene Leite da Rocha***

O Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde-NISIS, tem procurado pautar suas reflexões e práticas de pesquisa sempre tendo como referência o desenvolvimento político-institucional do SUS. Isto quer dizer que o temos como marco de análise e como objeto de investigação, pois, ao mesmo tempo em que avaliamos se seus preceitos constitucionais estão sendo de fato seguidos em sua implementação, pesquisamos também as conseqüências práticas de sua existência, seja no plano institucional (e.g. a formatação da relação entre as três esferas de governo para a boa gestão do sistema) seja na sociedade (e.g. impactos na mortalidade infantil, alteração dos padrões de internação, etc.).

A ambição expressa no parágrafo acima é fruto de mais de sete anos de 'olhar' sistemático sobre esse generoso sistema de saúde que a Constituição de 1988 legou aos trabalhadores e às futuras gerações de cidadãos brasileiros.

As pesquisas que realizamos foram frutos de indagações de seu próprio tempo, sintonizadas que estavam com o andamento da implantação do SUS. Seguimos uma trajetória que imaginamos ser a própria trajetória do nosso objeto. Obviamente que os entraves e problemas estudados sempre existiram no bojo da história do SUS. No entanto, a cada momento entendemos que um problema ganha proeminência e por isso deve receber deferência.

Foi derivado dessa forma de entender, enxergar e se relacionar com essa política pública de saúde brasileira que empreendemos, ao longo da construção e existência do núcleo, três grandes pesquisas. A primeira foi sobre o processo de descentralização do sistema; a segunda sobre a capacidade de o sistema operar no sentido da equidade social; e a terceira sobre os problemas do financiamento do SUS e as possibilidades de se criar formas de financiamento que não reforcem a lógica concentradora de serviços e equipamentos de saúde e que, de uma forma ou de outra, vise a equidade.

A discussão e posicionamento dos integrantes do núcleo sobre os conceitos de equidade, políticas públicas, condições de vida e saúde estão expressos em outros espaços desta mesma publicação, em vista

disto apresentamos a seguir a contextualização e alguns resultados das três pesquisas, separadamente e em ordem de realização.

Abrindo os parênteses - A descentralização do sistema de saúde no Brasil – uma proposta de investigação sobre o impacto de políticas¹.



Esta pesquisa foi realizada entre os anos de 1996 e 1998. Tínhamos como marco de discussão mais geral a retomada da democracia iniciada nos anos 80 e consolidada nos inícios dos 1990. Ainda fazia eco muito forte as conseqüências práticas da constituição de 1988, com seu forte veio descentralizador e estimulador da participação comunitária nas instâncias criadas para esse fim no aparato institucional do SUS, os conselhos de saúde.

A nosso ver, após as leis 8080/90 e 8142/90, a Norma Operacional Básica de 93 (NOB/93) foi o ato administrativo de maior impacto positivo na consolidação do avanço do sistema de saúde, ainda mais se comparando com a norma de 91, que quase inviabilizou o SUS. Portanto, foi a ela que nos reportamos quando da formulação do projeto da pesquisa. E também foi dela que tratamos, como objeto, no processo investigativo.

A NOB 01/93, detalhou os processos de descentralização do sistema de saúde. De modo heterogêneo, até então a descentralização se dera geralmente pela estadualização dos serviços de saúde, com ênfase na municipalização da rede básica e das ações de vigilância epidemiológica e sanitária. A NOB 01/93 estabeleceu três condições de gestão para os municípios: incipiente, parcial e

* Paráfrase de Eugene O'Neill, *Long day's journey into night*.

** Sociólogo e pesquisador do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS)

***Psicóloga e pesquisadora do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS)

¹ Melhor detalhamento dessa pesquisa pode ser encontrado em, HEIMANN, L. S. et al. *Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal*. São Paulo: SOBRAVIME, 2000.

semiplena. Nesta última, mais avançada, os municípios assumiam controle total da gestão de saúde, incluindo definição de políticas, execução, acompanhamento, controle e avaliação. Nesta forma de gestão, os esforços realizados objetivavam a concretização dos princípios constitucionais e doutrinários do SUS: o acesso universal e igualitário, a descentralização, a integralidade, priorizando-se a prevenção, e a participação da comunidade.

Nossa preocupação era entender de que maneira aquele processo de descentralização ocorria no nível municipal, qual correspondência havia entre a reforma do estado que transcorria de forma geral no Brasil, e em verdade em toda América Latina, e as particularidades do SUS, sua repartição compartilhada de atribuições com comando único em cada nível de governo. Tratamos, pois, de avaliar os avanços alcançados pelos municípios na promoção, prevenção e recuperação da saúde, investigando sistemas municipais de saúde selecionados, em gestão semiplena. Essa era a forma de gestão mais avançada que a Norma previa, o que implicava decerto, a forma mais complexa de descentralização que o sistema podia engendrar no momento. Era, portanto, o município em gestão semiplena, o locus privilegiado da contradição, onde se podia vislumbrar os contornos do porvir.

Para efeitos de pesquisa, tomamos 24 municípios que em 1996 já estavam a mais de dois anos em gestão semiplena da saúde, ou seja, desde 1994 estavam habilitados nessa forma. Por razões de operacionalidade material e financeira escolhemos 12 municípios para investigação profunda, o estudo de caso. Estes foram escolhidos a partir de critérios definidos por suas características demográficas, geográficas, urbanas, econômicas e de complexidade dos serviços de saúde oferecidos. Fortim e Quixadá (CE), Natal (RN), Petrolina (PE), Belo Horizonte e Sete Lagoas (MG), Diadema, Mauá, Santos e Votorantim (SP), Blumenau (SC) e Panambi (RS) expressavam a diversidade encontrada quanto a população, tamanho, complexidade do sistema de atenção, relação urbano-rural, entre outros.

Com o fito de avaliar o sistema, elaboramos 13 questões de investigação sobre os seguintes tópicos: o processo de planejamento e programação, a gerência de pessoal, a organização e a oferta dos serviços e o nível de participação comunitária. Foram coletados dados em dois momentos específicos: antes da adesão à forma semiplena e após, transcorridos dois anos, ou seja, antes de 1994 e

após 1996.

Alguns resultados devem ser mencionados neste breve artigo. Por exemplo, no conjunto dos municípios estudados a rede de serviços públicos saltou de 740 para 1070 unidades de serviços nos dois anos de gestão semiplena.

Devido à heterogeneidade do país realizamos uma breve sistematização das nomenclaturas e chegamos à seguinte coleção de tipos de serviços: unidade mista, hospital geral, centro de apoio psicossocial, centro de reabilitação, ambulatório especializado, equipes de saúde da família, Unidade Básica de Saúde (UBS), clínica odontológica, centro de controle de zoonoses, central de ambulância, pronto socorro, laboratório de análises clínicas, pronto atendimento e posto de saúde.

Verificamos o comportamento do número de internações hospitalares. Com o avanço da gestão semiplena e o aumento dos serviços oferecidos, houve redução global de 20,8% nas internações hospitalares. Provavelmente esse fato é derivado da racionalização do sistema em virtude do aumento da oferta de serviços ocorrida pela ampliação da rede básica e do aumento do número de funcionários por mil habitantes. Os concursos públicos foram a forma, por excelência, utilizada para ampliar o quadro do funcionalismo municipal de saúde.

Referente à participação popular no sistema, verificamos tendência à maior autonomia dos conselhos de saúde, principalmente os do nível municipal. Em sua maioria realizaram cursos de capacitação de seus conselheiros, muitos criaram câmaras técnicas para discussão e melhor controle das contas públicas e democratizaram seu funcionamento, cujo melhor exemplo é o fim da prerrogativa do secretário de saúde ser o presidente do conselho.

Nesta época também detectamos a ausência dos gestores estaduais no desempenho de suas funções definidas na estruturação do SUS. O principal problema foi a pouca expressão no financiamento (bancado principalmente pelo nível federal e, secundariamente pelos próprios municípios) e também no que seria sua função precípua, a assistência técnica.

Todos esses resultados foram discutidos com o Conselho Nacional de Saúde e com os técnicos do Ministério da Saúde, com o que achamos ter contribuído para o aperfeiçoamento do SUS.

Quando do final dessa pesquisa, um tema estava em grande evidência no interior do “comunidade”

atuante do SUS, a equidade². Tendo, pois, a realização da equidade como problema, fomos avaliar a sua possibilidade no nível municipal.



Nas reticências... A busca da equidade: do discurso à prática.³

A idéia central da pesquisa foi demonstrar que era possível realizar a equidade mediante a operação de políticas públicas de saúde. Como havia o problema da operacionalização do conceito, era de bom senso circunscrever o campo à unidade espacial menor que o Brasil e os estados. Definimos o município como locus. No entanto não poderia ser qualquer município, pois deveria obedecer a alguns critérios específicos.

O município deveria possuir os seguintes atributos: governo municipal com plataforma política visando a equidade; existência de informações evidenciando desigualdades nas condições de vida da população; período de governo de pelo menos duas administrações consecutivas, que permitissem a observação dos resultados das ações para redução das iniquidades; município de relevância nacional, como por exemplo capitais de estados, e que tivessem assumido a gestão semiplena há pelo menos quatro anos, isto é desde 1994, para observar resultados das ações e serviços do sistema municipal de saúde. Dentre as 26 capitais de estado, apenas Belo Horizonte contemplou todos os critérios.

Tomamos como marcos de referência a discussão de Whitehead sobre equidade e o estudo da situação de saúde por intermédio das brechas redutíveis de mortalidade (BRM) conforme proposto por Castellanos⁴. Em fins de 1998 iniciamos a pesquisa, cujos resultados apresentamos em início de 2000.

O período de observação da pesquisa foi de 1993 a 1997. O ano de 1993 foi o início da administração municipal com plano de governo com discurso explícito sobre a busca da equidade e o ano do pleito para habilitação da gestão semiplena. A partir dessa data o governo municipal também já dispunha de informações para reconhecimento das desigualdades intra-urbanas. A gestão municipal havia dividido o território em 81 unidades de planejamento (UP) que deveriam ser a unidade mínima de desagregação das informações. A partir

dessas unidades foi criado o Índice de Qualidade de Vida Urbana (IQVU) que utilizamos para reconhecimento de iniquidades nas condições de vida da população. Os coeficientes de mortalidade infantil, neonatal e infantil tardia foram os traçadores das iniquidades em saúde. Para medir as desigualdades em saúde, utilizamos a técnica de Brechas Redutíveis de Mortalidade Infantil. A unidade de análise foi o Distrito Sanitário que comporta várias UP, sem que jamais uma UP pertença a mais de um distrito simultaneamente.

O material utilizado foi: Sistema de Informação de Mortalidade, Sistema de Informação Sócio-Demográfico, Sistema de Informação da cidade de Belo Horizonte, Sistema de Informação de Saúde do município, Sistema Nacional de Informações Hospitalares e Ambulatorial (SIA, SIH/SUS) e outros. Utilizamos documentos: programa de governo, atas dos fóruns participativos, Programas e Projetos, etc. Realizamos entrevistas semi-estruturadas com os principais atores envolvidos no processo.

Cada Distrito (num total de nove) foi classificado conforme suas condições de vida e comparado com outro semelhante. Realizamos estudo aprofundado em quatro deles. Entre eles foram comparados, no período temporal da pesquisa, a evolução da mortalidade infantil e seus componentes, os investimentos em obras com algum impacto na mortalidade infantil (canalização de córregos, abastecimento de água, etc.), a participação popular na definição do orçamento (no caso o Orçamento Participativo), investimento em serviços e equipamentos de saúde.

O artifício utilizado foi tomar o distrito com menor coeficiente de mortalidade infantil em 1993 como o distrito padrão e a partir dele definir as brechas redutíveis de mortalidade. Em 1997 avaliamos o mesmo coeficiente à luz da comparação acima e constatamos que houve mudanças importantes nas brechas. Os distritos de Barreiro e Venda Nova que eram os de piores condições de vida em 1993 e com os maiores coeficientes de mortalidade infantil,

² Lembramos que essa palavra não consta, textualmente, nem na letra da Constituição de 1988 nem nas leis 8080 e 8142 de 1990.

³ Conferir artigo de Junqueira, V. et al. "Equidad en la salud: evaluación de políticas públicas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1993-1997." Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(4):1087-1101, jul-ago, 2002.

⁴ Sobre as discussões mais teóricas de equidade e BRM conferir os artigos "Avaliação em saúde" e "Condições de Vida e Saúde", neste mesmo boletim.

conseguiram se aproximar do Distrito de Pampulha, que era um dos melhores em condições de vida e com menores coeficientes de mortalidade infantil e seus componentes (pós-neonatal e neonatal).

Conseguimos estabelecer os nexos entre a ação do governo municipal nestes distritos e a evolução das brechas redutíveis. Por exemplo, em 1993 a brecha entre Barreiro e Pampulha no quesito Mortalidade Infantil Pós-neonatal era de 4,18, caindo para 0,31 em 1997. No coeficiente neonatal era de 0,53 em 93 e caiu para 0,04 em 97. O mesmo ocorreu em relação ao distrito de Venda Nova, apenas que com ordens de grandeza diferentes.

Na avaliação geral do município utilizamos a média das Brechas e o fenômeno foi a queda das disparidades intra-urbanas entre 1993 e 1997. No coeficiente de mortalidade infantil houve uma queda de 0,84 para 0,28; a média da brecha do coeficiente do componente neonatal foi de 0,36 para 0,22; e do coeficiente pós-neonatal a média da brecha foi de 2,87 para 0,67. No decorrer dos cinco anos a tendência foi sempre de diminuição das diferenças o que sugere uma ação coordenada pela equidade e não por mero acaso ou associação espúria entre fatores.

Essa pesquisa nos permitiu concluir que no nível municipal é possível desenvolver políticas que promovam a equidade. Permitiu também demonstrar que se podem desenvolver instrumentos de medição das desigualdades de condições de vida e saúde nos municípios. Não é necessário, embora conveniente, a elaboração sofisticada de instrumentos precisos de verificação e acompanhamento das ações municipais, é necessário sim, a nosso ver, disposição em agir no sentido da equidade e ao mesmo tempo criar procedimentos de avaliação das políticas implementadas com as informações e capacidades disponíveis no nível municipal. A criação e utilização de inovações tecnológicas criam um movimento sinérgico de retro-alimentação das próprias capacidades técnicas presentes no município.

Ao final dessa pesquisa o problema do financiamento se tornou agudo para o grupo do núcleo. Isto é, a nós não bastava o município caminhar no sentido da equidade, também os outros níveis de governo deveriam caminhar na mesma direção. Sendo o governo federal o maior financiador do SUS e, por isso mesmo o maior indutor de políticas, nos debruçamos sobre o artigo 35 da lei 8080/90 que versa sobre os critérios de alocação

de recursos no sistema.

Fechando os parênteses: O financiamento do sistema de saúde no Brasil e a busca da equidade.⁵



Esta investigação teve como objetivo elaborar critérios de alocação de recursos financeiros do Sistema de Saúde brasileiro pelos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal) para os sistemas municipais de saúde, visando a equidade.

A base conceitual adotada pela equipe girou em torno dos desenvolvimentos teóricos efetuados e propostos por Pedro Luis Castellanos e Breilh&Gandra⁶.

A análise e resultados alcançados permitem afirmar que, no campo do conhecimento, a pesquisa sistematiza o “estado da arte” sobre modelos epidemiológicos e de avaliação de serviços, e sua aplicação no financiamento visando à equidade. No campo da Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde contribuimos para o desenvolvimento metodológico de estudos sobre financiamento em saúde visando à equidade, através da construção de instrumentos e de técnicas aplicadas como a criação do Índice de Condições de Vida e Saúde (ICVS) e do Índice Respostas do Sistema de Saúde (IRSS). A construção dos agrupamentos de municípios segundo estes índices, permite identificar, avaliar, acompanhar e monitorar as desigualdades de grupos de municípios, de estados, regiões e do país.

A partir do perfil de condições de vida e respostas do sistema de saúde, construímos uma matriz que pode ser a base de um Sistema de Vigilância das desigualdades no SUS. A utilização do método matricial de agrupamentos poderia ser uma forma de acompanhamento, avaliação e subsídio para pactuação da política de saúde dos sistemas municipais, estaduais e nacional.

⁵ Conferir Heimann, LS et al. (2002). “Quantos Brasis? Equidade para alocação de recursos no SUS”. São Paulo: Instituto de Saúde, Ministério da Saúde, IDRC-CIID, Rede de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur, Instituto POLIS. CD-ROM

⁶ Cf o artigo “Condições de Vida e Saúde”, neste mesmo Boletim.

A matriz nos informa:

- 1- Brechas redutíveis entre municípios de cada um dos grupos, medida pela diferença entre os valores dos índices dos municípios de um mesmo grupo, adotando-se como parâmetro de referência o maior valor.
- 2- Brechas redutíveis entre grupos de municípios.

Os dez grupos gerados pelo ICVS e os componentes do IRSS evidenciam que, para cada classe de ICVS (Alta, Média, Baixa e Muito Baixa), são identificados quatro grupos de municípios que se caracterizam: a) pelas melhores médias em todos os componentes do IRSS; b) pelas melhores médias dos óbitos mal definidos; c) pelas piores médias dos óbitos mal definidos; d) pelas piores médias dos componentes do IRSS.

Desta forma, entre grupos de municípios de uma mesma classe de ICVS, o grupo de piores respostas poderia atingir, no mínimo, os resultados já alcançados pelo grupo de melhor resposta.

Ao se analisar as brechas, é possível precisar as ações tanto de natureza assistencial quanto de natureza gerencial, incluindo adequação de infraestrutura, para melhorar as respostas do sistema de saúde no contexto local.

As desigualdades na alocação dos recursos financeiros no SUS também ficaram evidentes. Determinantes estruturais dessa desigualdade foram reconhecidos no atual sistema tributário brasileiro, manifestando-se por meio das arrecadações de impostos e receitas municipais.

O gasto federal *per capita* no município, considerando os pagamentos e transferências, reproduz as desigualdades. Evidenciamos que as transferências são, em média, semelhantes nos diferentes grupos de municípios de condições de vida e respostas do sistema, isto é, há um tratamento semelhante pelo gestor federal para municípios desiguais. Esta forma de alocação de recursos tende a ser igualitária, e não equitativa.

O gestor estadual tem se mostrado menos presente no financiamento do SUS, e no cumprimento da Emenda Constitucional (EC) - 29 é o que mais deverá aportar novos recursos financeiros ao sistema.

Os gestores municipais tendem a atingir os limites de gasto na saúde previstos pela EC-29. Não obstante, mesmo com o cumprimento da emenda, este aporte de recursos ao SUS mantém as

desigualdades de condições de vida e respostas do sistema entre os municípios. A possibilidade de reversão destas desigualdades intermunicipais depende dos montantes e critérios de alocação dos gestores estaduais e federal.

A partir das informações sobre condições de vida e respostas do sistema de saúde formulamos um *fator de equidade* que permite traduzir diferenças em montantes de recursos financeiros a serem alocados no SUS.

A aplicação do fator de equidade a repasses já estabelecidos, como o PAB fixo, PAB variável, pagamentos, outras transferências, etc., requalifica a partilha de recursos segundo critérios epidemiológicos visando à equidade. Desta forma, abre a possibilidade de se avançar na mudança da lógica da alocação, hoje definida por critério populacional e de produção de serviços.

A aplicação do fator equidade a novos montantes de recursos financeiros a serem alocados no SUS, com uma possibilidade concreta advinda do cumprimento da EC-29 pelos gestores municipais, estaduais e federal, recoloca a questão da responsabilidade compartilhada entre os três níveis de governo pelo financiamento do Sistema de Saúde. Neste sentido é que foi criado o fator de gasto estimado do SUS no município. O fator equidade e o fator gasto estimado, como observado na pesquisa, tornam possível reverter uma tendência histórica de reprodução das desigualdades. Esses instrumentos podem ser apropriados de imediato pelos gestores públicos das três esferas de governo.

Tendo em vista que o perfil epidemiológico é determinado pelas condições de vida da população, transformá-lo num critério para alocação de recursos financeiros e para o monitoramento das respostas do sistema de saúde contribuirá para a construção de uma sociedade mais equânime e mais fraterna.

Ponto final

Após essas três pesquisas iniciamos o processo de delimitação de um novo objeto, até agora não abordado de forma sistemática pelo núcleo: uma região metropolitana. Como se dá a relação público-privado na saúde, a governança e equidade em saúde num espaço geográfico especialmente complexo? É um estudo de atualidade indiscutível, principalmente em tempos de NOAS.

Avanços e Desafios às Informações em Saúde do SUS

Carlos Tato Cortizo*;
Juliana Lordello Sícoti**

A informação é um direito de todos e um dever do Estado. É um dos alicerces da constituição de um Estado democrático e elemento essencial para a cidadania e seu contínuo aprimoramento. Deve ser construída e disseminada para a melhoria das condições de vida e saúde da população.

É difícil conceber a utilização e o acesso às informações em saúde sem a disponibilização das bases de dados por meio da Internet e da ferramenta TabWin em tempo real. As facilidades que o TabWin introduziu viabilizaram a apropriação dos dados brutos e a análise das informações em saúde pela comunidade de saúde pública.

A incorporação de tais instrumentos e o aprimoramento dos principais bancos de dados da saúde – SIA (Sistema de Informação Ambulatorial), SIH (Sistema de Informação Hospitalar), SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) e SINASC (Sistema de Informação de nascidos Vivos) – possibilitaram importantes avanços no campo da informação de saúde pública ao longo destes últimos 12 anos do SUS, especialmente quanto à desagregação dos dados ao nível municipal e quanto ao diálogo com as bases de dados demográficos e sócio-econômicos do IBGE.

Ressaltamos ainda a disponibilidade de dados municipais mais detalhados via CD-Rom e o Caderno de Informação em Saúde, um instrumento de grande valor para a apreensão da realidade sócio-demográfica e do perfil epidemiológico dos municípios. Ele organiza o conjunto das informações e constrói indicadores básicos, facilitando e refinando a análise da situação local pelos gestores e atores do SUS.

Outra ferramenta funcional e importante é TabWin – Mapa, que permite a visualização das informações utilizando bases cartográficas. O caráter de domínio público da ferramenta e sua regionalização (macro e micro-regiões de saúde) são características imprescindíveis e louváveis. Essa ferramenta facilita

a apreensão das desigualdades de condições de vida e saúde inter e intra-regionais. Visando seu aperfeiçoamento, possíveis sugestões são: i) sua atualização sistemática, incluindo as divisões intramunicipais e os novos municípios criados e ii) permitir a espacialização das informações segundo regiões metropolitanas.

A disponibilização do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) também pode ser destacada como um avanço na transparência dos orçamentos municipais e estaduais, facilitando o acesso das instâncias gestoras e participativas do SUS. Tal ferramenta permite evidenciar as desigualdades nos gastos públicos em saúde e estabelecer relações com o perfil epidemiológico local. Desta forma, comporta a potência de promover negociações visando mudanças nas prioridades dos gastos públicos, favoravelmente às localidades com maiores desigualdades de condições de vida e saúde.

Apesar do reconhecimento desses avanços significativos há ainda muitos desafios a serem enfrentados. Dentre eles a disponibilidade, para a totalidade dos municípios brasileiros, de informações tais como imunização, morbidade e mortalidade. Em uma pesquisa recente do NISIS¹ evidenciamos a sistemática ausência de registro dos óbitos ocorridos, denotando sua alta sub-notificação. A pesquisa citada demonstra que mais de 1000 municípios (1/5 do total de municípios brasileiros), principalmente das regiões norte e nordeste, com população média em torno de 12 mil habitantes e baixas condições de vida, tiveram taxa mediana de mortalidade geral

* Tecnólogo, assistente técnico de pesquisa científica do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS)

** Psicóloga, pesquisadora em Saúde Coletiva do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS)

¹ O Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil e a busca da Equidade – Relatório Técnico Final, São Paulo, 2002

de 1,66 por 1000 habitantes no período de 1996 a 1999.

Outro desafio é a qualidade dos registros de óbitos. Na pesquisa mencionada nos deparamos com problemas decorrentes do alto percentual de óbitos mal-definidos, obrigando a cautela na análise dos óbitos diagnosticados. No mesmo grupo de municípios citado acima, encontramos um percentual mediano de óbitos mal-definidos de 50%, chegando a existir casos em que o percentual de óbitos mal-definidos atinge 100%!

Outro aspecto negativo identificado e que precisa ser superado é a dupla interpretação possível do valor zero nos grandes bancos de dados do SUS: o zero pode ser um número significativo ou indicar a indisponibilidade da informação. Este fato ocasiona prejuízo à análise da situação de saúde destes municípios e impõe limites ao processo de pesquisa.

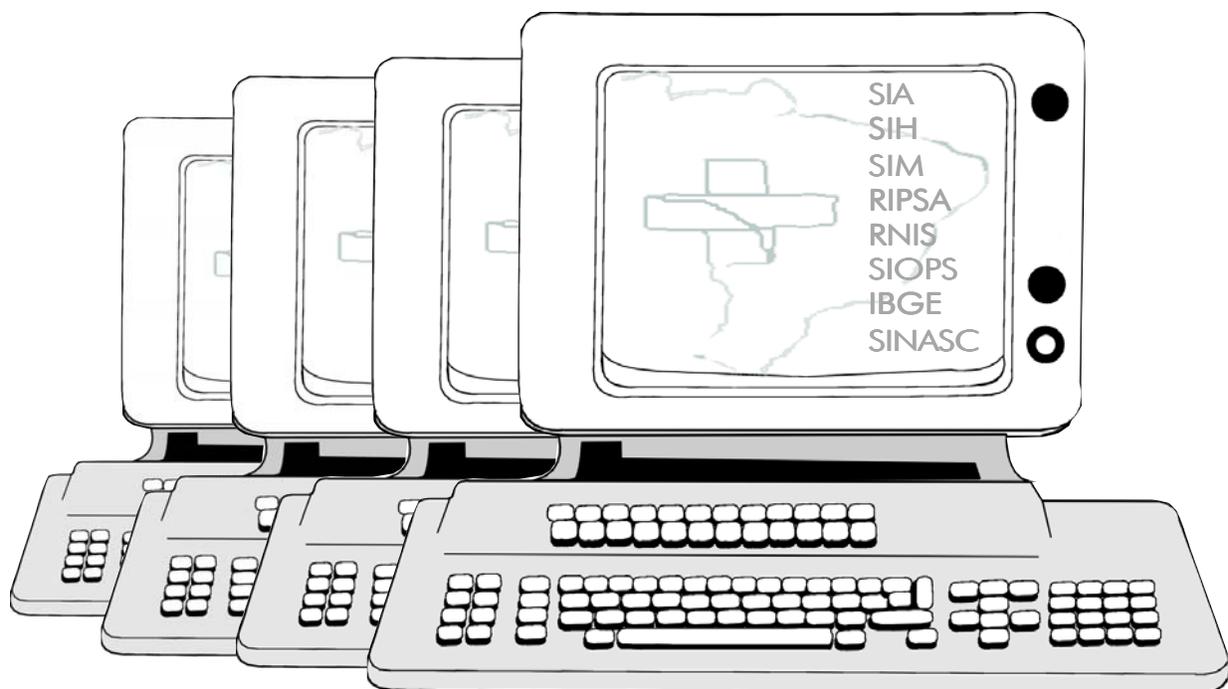
Em tal pesquisa pudemos então comprovar a relação entre baixas condições de vida e saúde e a precariedade dos sistemas de informações. As lacunas, a fragmentação da produção das informações em saúde e sua não democratização dificultam a consolidação da Política Nacional de Informações do SUS, dificultando o planejamento, a participação social e a avaliação em saúde. Desta forma, ressaltamos que é imprescindível o aprimoramento dos sistemas de informação para subsidiar o processo decisório e a conseqüente reorganização dos serviços públicos de saúde.

Essencial ainda é a maior atualização do SIM e SINASC, que continuam com 3 anos de defasagem (último ano disponível = 1999) em relação ao atual período.

Visando o enfrentamento dos problemas de informação mencionados é fundamental que os gestores federal e estadual invistam permanentemente na infra-estrutura e formação de pessoal – nível médio e superior –, prioritariamente em estados e regiões com problemas mais urgentes de informação em saúde. Projetos como a Rede Nacional de Informação em Saúde (RNIS) e a Rede Integrada de Informações para a Saúde (RIPSA) deveriam contar com financiamento de longo prazo e ser construídos com base num planejamento estratégico-regional.

Referência:

HEIMAN, LS; PESSOTO, UC; JUNQUEIRA, V; CASTRO, IEN; KAYANO, J, NASCIMENTO, PR; IBANHES, LC; ROCHA, JL; BOARETTO, RC; SÍCOLI, JL; RODRIGUEZ, SMT; CORTIZO, CT. (2002). *O financiamento do sistema de saúde no Brasil e a busca da equidade*. Relatório Técnico Final. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Ministério da Saúde, Instituto PÓLIS, agosto.



Os censos e a dança dos dados nacionais

Jorge Kayano*
Roberta Cristina Boaretto**

Este artigo tem como objetivo fazer uma reflexão sobre o que mudou entre os censos demográficos de 1991 e 2000¹, incluindo algumas referências sobre a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios de 1998² - PNAD Saúde - e a Pesquisa Assistência Médico-Sanitária de 1999³, levantando questões sobre a determinação do processo saúde-doença e a trajetória do SUS nesta última década.

A taxa média de crescimento anual no período 1991-2000, de apenas 1,63%, indica a continuidade do declínio da fecundidade nos anos 90. O número médio de pessoas por família diminuiu para 3,5 pessoas – zona urbana e rural. Os domicílios com até dois moradores por dormitório representavam, em 1991, 62,9%, e em 2000 este número aumenta para 72,8%; também aumentou o número de famílias sob responsabilidade feminina, para 12,8 milhões.

O abastecimento de água por rede geral atendida, em 2000, 77,8% dos domicílios; o esgotamento sanitário por rede geral ou fossa séptica permaneceu como o serviço menos abrangente, representando 62,2% dos domicílios, e a coleta de lixo cobria 79% das moradias.

Com relação à educação, pela primeira vez o censo coletou o número de pessoas que freqüentavam a escola segundo a rede de ensino – mostrando que 79% dos alunos estão na rede pública de ensino – e também a taxa de escolarização em crianças de 0 a 4 anos, que é de 17,8% no país.

Comparativamente entre os dois censos, houve aumento significativo de crianças de 5 e 6 anos de idade na escola, passando de 37,2% em 1991 para 71,9% em 2000. Entre os jovens de 15 a 17 anos de idade, a taxa de escolarização passou de 55,3% para 78,8%. Em 2000, a população de 18 a 19 anos tinha uma taxa de escolarização de apenas 50,3% e os jovens de 20 a 24 anos tinham uma taxa de 26,5%. O grupo de 25 anos ou mais de idade possuía, em 2000, uma baixa taxa de escolarização de 5,9%, embora seja quase três vezes a taxa de 1991, de 2,2%⁴.

Esses dados mostram que a freqüência escolar melhorou em todas as faixas etárias e houve praticamente a universalização do acesso à educação na faixa de 7 a 14 anos – a taxa é de 95%. Na faixa de 15 a 17 anos a taxa de escolarização era de 78,8% e na faixa entre 18 e 19 anos esta taxa é de 50,3%, mostrando uma redução da freqüência escolar no decorrer das faixas de idade.

No período entre os censos de 1991 e de 2000, foi comparada a escolaridade da população de 10 anos ou mais de idade. Observou-se que houve redução na proporção das menos instruídas (19% contra 10%, respectivamente) e aumento na proporção das que tinham 11 anos ou mais de estudo (13,8% contra 19,0%, respectivamente).

Com relação ao trabalho, a taxa de atividade, ou seja, o percentual de pessoas economicamente ativas na população de 10 anos ou mais, permaneceu diferente entre homens e mulheres. Para a população em geral esta taxa era de 56,4% no levantamento de 2000. Quando se faz a distinção por sexo, observa-se que a população masculina tinha uma taxa de 69,4%, enquanto que a taxa de atividade feminina era de 44,1%. No grupo dos empregados, há uma associação entre emprego registrado (aqueles com carteira assinada ou militares e funcionários públicos) e nível de instrução mais elevado: 39,1% dos com carteira de trabalho assinada tinham 11 anos ou mais de estudo (equivalente à conclusão de pelo menos o ensino médio).

Os empregados constituíam 67,7% da população ocupada e os trabalhadores por conta própria formavam a segunda maior parcela (22,5%). No grupo dos empregados como um todo, 55,2% tinham carteira assinada e 8,6% eram militares ou funcionários públicos estatutários. Para os trabalhadores domésticos, 31,2% tinham carteira assinada.

Segundo o Censo, 24,4% da população ocupada e com rendimento de trabalho ganhavam até um salário mínimo e 2,6% mais de 20 salários mínimos mensais. Verificou-se que 51,9% ganhavam até dois salários mínimos.

Os resultados do Censo 2000 mostram que, aproximadamente, 24,5 milhões de pessoas (14,5% da

* Médico sanitário e pesquisador do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS)

** Psicóloga, pesquisadora em Saúde Coletiva do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS)

¹ Disponível no endereço eletrônico: <http://www.ibge.gov.br>

² Disponível no endereço eletrônico: <http://www.ibge.gov.br>

³ Pesquisa disponível no endereço eletrônico: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>

⁴ Esse indicador inclui estudantes que estavam aprendendo a ler e escrever e os que estavam na pós-graduação.

população total) apresentaram algum tipo de incapacidade ou deficiência. São as pessoas com ao menos alguma dificuldade de enxergar, de ouvir, locomover-se ou com alguma deficiência física ou mental. No total de casos declarados de portadores das deficiências investigadas, 8,3% possuíam deficiência mental, 4,1% deficiência física, 22,9% deficiência motora, 48,1% deficiência visual e 16,7% deficiência auditiva.

As PNADs, diferentemente dos censos demográficos, são pesquisas amostrais realizadas nos anos intercensitários. A PNAD-Saúde realizada em 1998 constatou que quase 80% da população avalia seu estado de saúde como bom ou muito bom e 3,6% o considerou ruim ou muito ruim. Além disso, a população tem, em média, 10 dias por ano de interrupção em suas atividades habituais por motivos de saúde.

A pesquisa identificou que um quarto da população do país tem plano de saúde e a cobertura é significativamente maior nas áreas urbanas. A cobertura por planos de saúde é maior entre as pessoas que avaliam seu estado de saúde como bom e muito bom (25,9%) e diminui quando a auto-avaliação do estado de saúde piora. Entre os que consideram seu estado ruim ou muito ruim, a cobertura é de 14,5%. Em relação a renda familiar, a taxa de cobertura dos planos é de 2,6% nas classes de renda familiar inferior a um salário mínimo, crescendo à medida em que o rendimento aumenta, até chegar a 76% de cobertura entre os que ganham 20 salários e mais.

Algumas análises da PNAD Saúde mostram que as pessoas no início e particularmente no final da vida apresentam mais problemas de saúde do que nas outras faixas etárias. A pesquisa relata que estudos realizados em outros países indicam que a necessidade em saúde apresenta forte gradiente social e tende a ser desfavorável aos indivíduos em posições sociais menos favorecidas. Observa-se também no Brasil que o número de pessoas que referem problemas de saúde diminui conforme a renda familiar aumenta, definindo um padrão de marcadas desigualdades sociais em saúde.

Com relação ao acesso aos serviços de saúde - públicos e privados - a pesquisa indica que os serviços mais utilizados pelas pessoas mais jovens e aquelas com menor renda familiar são primeiro os postos ou centros de saúde, seguidos de ambulatórios de hospitais e consultórios privados, mais procurados por mulheres, idosos e pessoas de mais alta renda. O acesso a consultas médicas e odontológicas aumenta com a renda e é maior nas áreas urbanas e, entre as pessoas atendidas, cerca da metade teve seu atendimento feito pelo SUS, e aproximadamente um terço das pessoas referiu ter utilizado plano de saúde para receber este atendimento. É necessário destacar que a frequência de internações decresce à medida em que aumenta a renda familiar. Outro dado relevante é que cerca de um terço da população não tem uso regular de serviços de saúde.

Outra pesquisa que permite analisar a estrutura dos serviços públicos de saúde é a PAMS 99, realizada pelo IBGE. Nos últimos 20 anos, o número de unidades públicas de saúde no Brasil passou de 8.748 para 32.606, o que representa 66,8% do total de serviços de saúde no país, o dobro em relação aos privados (33,2%). A participação dos municípios nos serviços públicos passou de 69% em 1992 para 92% em 1999 e 71% de estabelecimentos de saúde no país têm algum tipo de vínculo com o SUS. Este aumento deve-se principalmente à região Norte, que registrou um aumento de 547%, enquanto que no mesmo período, o crescimento no Brasil foi de 229%.

Com relação aos leitos, a PAMS 99 registrou 484.945 leitos para internação no Brasil, sendo 29,5% públicos e 70,5% privados, considerando que em 1992, havia 25% de leitos públicos e 75% de leitos privados.

As pesquisas nos permitem algumas conclusões: houve, apesar das dificuldades, um avanço na descentralização e municipalização dos serviços públicos de saúde. A proximidade entre beneficiários da política de saúde e local de decisão permite responder melhor a quadros epidemiológicos regionais, ampliar a cobertura e disponibilizar melhores serviços.

Ficou evidente também, que os planos de saúde atuam no sistema como mais um elemento de geração de desigualdades no acesso e na utilização de serviços de saúde, pois cobrem uma parcela seleta da população brasileira na qual predominam as pessoas de maior renda familiar e que possuem melhores condições de vida.

Na década de 90, houve um retrocesso no mundo do trabalho, decorrente das mudanças estruturais e tecnológicas do processo produtivo e das políticas de ajuste econômico, caracterizadas por juros elevados, baixa prioridade à expansão do mercado interno, baixa remuneração do trabalho assalariado, crescimento do trabalho informal e precarização das relações de trabalho⁵. Desta forma, aprofundou-se a desigualdade social, agravando a situação de pobreza e exclusão, tanto dos que estão fora do mercado trabalho quanto dos assalariados com precárias condições de trabalho e de remuneração. Estes fatos aumentaram o hiato entre os poucos que têm acesso a bons serviços - de saúde, habitação, saneamento, equipamentos de lazer - e, portanto, boas condições de vida e os demais.

As transformações demográficas, sociais e econômicas pelas quais passaram a sociedade brasileira mostraram uma influência sobre as condições de saúde da população, ao mesmo tempo em que geraram novas demandas para o sistema de saúde, pressionando-o no sentido de responder ao novo perfil das necessidades.

⁵ Documento do Conselho Nacional de Saúde preparado para a 11ª Conferência Nacional de Saúde.

As Normas Operacionais e a construção do SUS

Virginia Junqueira*
Iracema Ester do Nascimento Castro**

O que são as Normas Operacionais Básicas?

As normas operacionais básicas- NOB- são portarias do Ministério da Saúde (MS) e, em princípio, têm a finalidade de nortear a transferência de recursos financeiros, contribuir para definição mais clara dos papéis dos gestores federal, estaduais e municipais, e disciplinar a organização da gestão. Em 1991 e 1992 foram editadas ainda pelo INAMPS, a primeira e a segunda Normas Operacionais Básicas- NOB-91 (Brasil, 1991) e NOB-92 (Brasil, 1992) que colocaram as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na mesma condição dos prestadores privados contratados pelo SUS, isto é, passando a receber pagamento por produção de procedimentos.

Um momento importante para a construção do SUS: a NOB 93

As resoluções da IX Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1992, cujo tema foi a municipalização, tiveram como consequência a edição em 1993 de nova NOB, instituindo a modalidade semiplena da gestão, e a possibilidade que os municípios se tornassem de fato gestores do sistema de saúde (Brasil, 1993). As outras duas formas de gestão da NOB 93, incipiente e parcial, modificavam pouco a condição dos municípios de mero prestadores de serviço. A mobilização de secretários municipais de saúde e de lideranças políticas resultou, em agosto de 1994, no decreto federal 1232 (Brasil, 1994), facultando o repasse direto de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde- o chamado decreto fundo a fundo, indispensável para a efetivação da NOB-93. A partir de novembro de 1994, vinte e quatro municípios assumiram o desafio da modalidade semiplena em um quadro de incerteza sobre o valor dos recursos financeiros e mesmo sobre a garantia de continuidade de financiamento pelos governos federal e estadual. No entanto, não houve por parte do governo federal estímulo ao avanço do SUS: à época da edição da NOB 96 (Brasil, 1996) apenas

144 municípios eram gestores semiplenos. Apesar dos obstáculos, entre os quais o desempenho das Secretarias Estaduais de Saúde, nulo ou mesmo contrário à construção do SUS, este momento histórico foi marcado por crescimento da autonomia do município, avanço da participação popular nos conselhos, ampliação e diversificação dos serviços oferecidos à população nos municípios que adotaram a gestão semiplena.

A NOB 96 veio para ajudar a construção do SUS?

A NOB 96 foi editada em um contexto de contra-reforma de Estado levada a cabo pelo extinto Ministério da Administração e Reforma do Estado – MARE, cujo titular era Bresser Pereira. Em 1995, o então ministro lançava as bases do modelo a ser construído nos Cadernos do MARE que tratava da “reforma” no setor saúde (Brasil, 1998). Esta NOB (Brasil, 1996) discute a atenção à saúde, criando programas assistenciais verticais para a atenção básica, o Programa de Saúde da Família-PSF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde- PACS. Institui-se o Piso da Atenção Básica (PAB), que consiste em quantia fixa por município/habitante/ano (atualmente por volta de R\$15,00) substituindo a forma anterior de remuneração vinculada à produção de ações básicas de saúde. O recurso financeiro é insuficiente para desenvolver toda a atenção básica, mas é um avanço em relação ao modo anterior de pagamento. Esta NOB/96 limita a autonomia dos municípios ao vincular a liberação dos recursos a programas e atividades estabelecidos pelo Ministério da Saúde, interferindo na integração e na articulação dos recursos locais, na utilização da Epidemiologia para o estabelecimento de prioridades e programas, isto é, no planejamento estratégico local. A NOB/96 mantém a forma anterior de remuneração por

* Médica sanitária, mestre em Medicina Preventiva e pesquisadora do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS).

** Médica sanitária e pesquisadora do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS).

produção das internações hospitalares e de procedimentos de médio e alto custo.

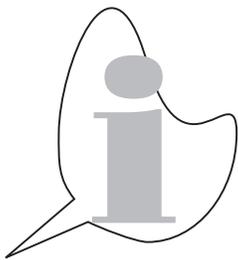
A Norma Operacional de Assistência à Saúde- NOAS, editada em 2001 (Brasil, 2001), pôs em vigor, além da gestão plena do sistema de saúde- GPSM, a gestão plena da atenção básica ampliada- GPABA. Os impecilhos encontrados para sua implementação obrigaram, após um período de negociação entre o Ministério da Saúde - MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite- CIT, a publicação de uma versão subsequente em 2002. Um dos principais problemas apontados na versão inicial foi a maneira de operar a descentralização, determinada pelo gestor federal e posta em prática por um processo de regionalização que poderia reproduzir as divisões administrativas dos governos estaduais, sem respeitar a dinâmica local própria aos sistemas municipais de saúde e a exigência de modalidade plena do sistema para que o município se habilitasse município-sede. Os propósitos, tanto da primeira quanto da segunda versão da NOAS, seriam a ampliação da responsabilidade do gestor municipal quanto à atenção básica, a regionalização e a hierarquização da assistência.

Entretanto, persistem problemas na NOAS 2002 (Brasil, 2002) como: criação de múltiplos instrumentos de gestão, redundantes aos Planos Estaduais e Municipais de Saúde; o condicionamento à celebração de acordo entre um município GPABA e o município-sede para prestação de serviços à população do município GPABA no seu próprio território; o condicionamento da prestação de ações de média complexidade e de internações hospitalares à sua inclusão na PPI conduzida pelo gestor estadual, o que fere a autonomia do gestor municipal; os serviços de alta complexidade ficam sob o controle do gestor estadual, em caso dos municípios GPABA e mesmo no caso dos municípios GPSM podem ou não ser controlados pelas Secretarias Estaduais.

Por fim, vale enfatizar o grande número de portarias editadas pelo MS, cujas cláusulas e itens se remetem uns aos outros, revogando-se ou complementando-se, se configura em obstáculo para seu manejo pelos gestores estaduais e municipais. Particularmente a NOAS 2002 pode ser de difícil compreensão pela extensão e complexidade de seu conteúdo e pelos múltiplos anexos.

Referências bibliográficas:

- BRASIL (1991). Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social. Norma Operacional Básica 01/91. Resolução nº 258 de 07 de janeiro de 1991. *Diário Oficial da União* de 10 de janeiro de 1991. Brasília.
- BRASIL (1992). Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica- SUS nº 01/92, Portaria nº 234/92. *Diário Oficial da União* de 07 de fevereiro 1992. Brasília.
- BRASIL (1993). Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Norma Operacional Básica - NOB 01/1993. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, nº 96.
- BRASIL (1994). Decreto nº 1232 de 30 de agosto de 1994: Dispõe sobre a transferência regular de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Estados, Municípios e Distrito Federal. (http://www.conasems.com.br/legis/doc/dec_1232.htm)
- BRASIL (1996). Ministério da Saúde. Portaria n.º 2203, de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica - NOB 01/1996. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF.
- BRASIL (1998). Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. A reforma administrativa do sistema de saúde/ Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado: MARE, 27p (Cadernos MARE da reforma do estado; c. 13).
- BRASIL (2001). Ministério da Saúde. Portaria n.º 95 de 26 de janeiro de 2001 (Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 01/2001). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF n.º20, de 20 de janeiro de 2001
- BRASIL (2002). Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 01/2002. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, seção I, nº 40, p.52.



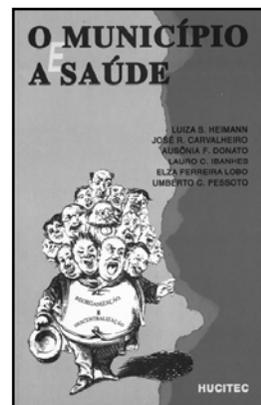
informe-se

Publicações do Núcleo de Investição em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS)

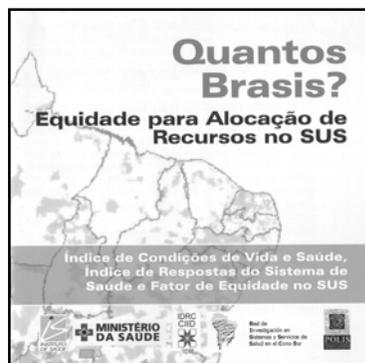
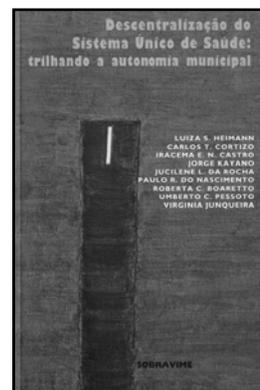
O município e a saúde editado pela Hucitec em 1992, é resultado de um trabalho de investigação (1990-1992) sobre a descentralização nos municípios do estado de São Paulo segundo orientação do então SUDS.



Para onde vai a Nona? é uma publicação resultada do debate promovido pelo, então, Núcleo Silos do Instituto de Saúde, sobre a IX Conferência Nacional de Saúde. Foram expositores Antonio L. Cladas Jr., Carlos Neder, Gilson de Carvalho, Otávio A. Mercadante e Justino A. S. Anjo, sob coordenação de José da Rocha Carvalheiro. Outubro de 1992.



Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal editado pela SOBRAVIME em 2000 apresenta o resultado de pesquisa sobre a municipalização. O foco incide sobre a saúde: os processos de planejamento e programação, a estruturação do modelo de atenção, a reformulação do financiamento, a participação da comunidade e as relações entre os gestores do SUS.



Quantos Brasis? As informações apresentadas neste CD possibilitam aos gestores do SUS analisar comparativamente os municípios brasileiros quanto às condições de vida e respostas dos sistemas municipais. O reconhecimento de estratégias diferenciadas para condições distintas permite exercer a equidade como princípio de justiça social, que, nos termos do SUS, possibilite a universalidade e a integralidade da atenção.

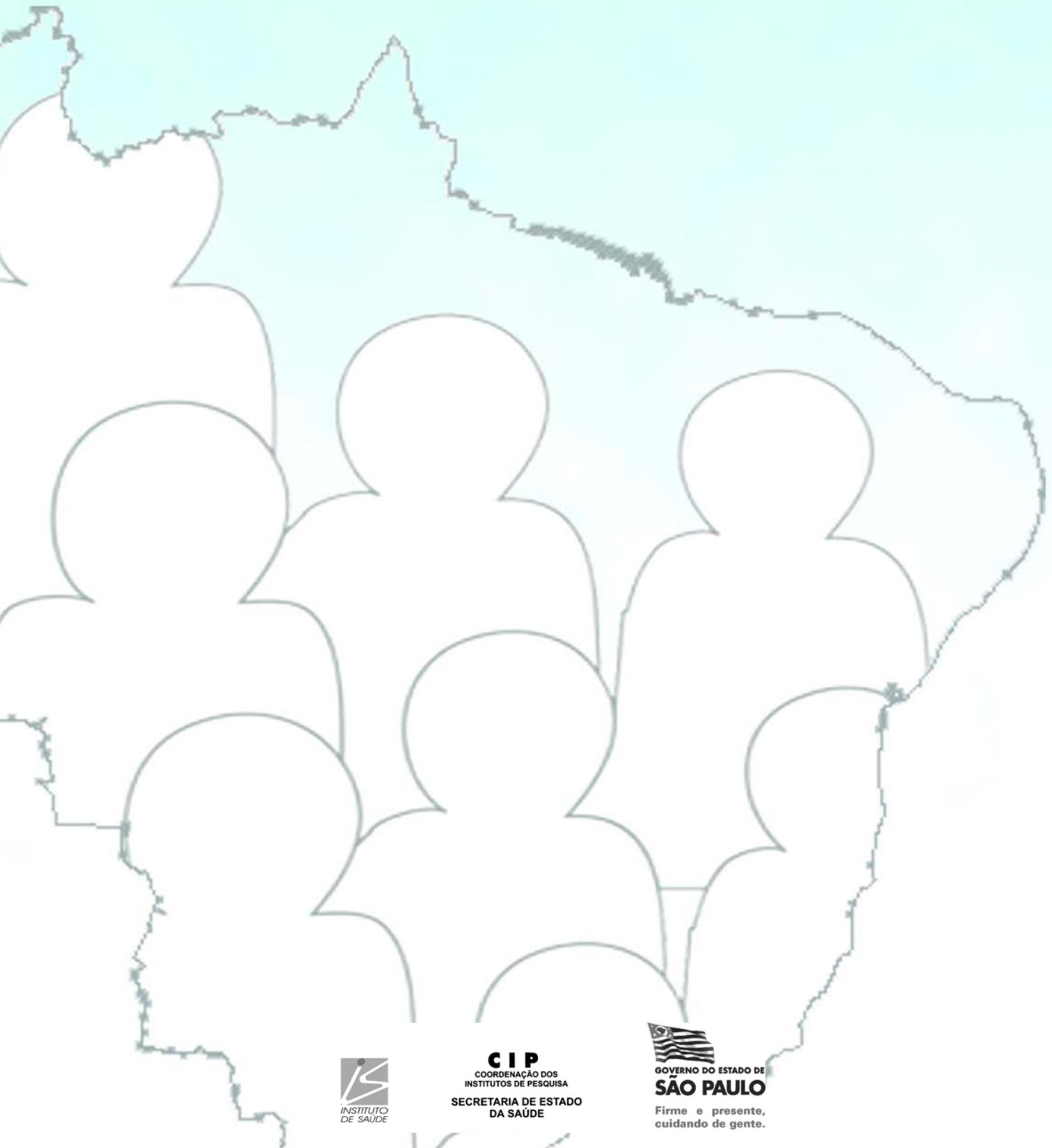
Contato: nisis@isaude.sp.gov.br

Alguns links utilizados para pesquisas em Saúde Coletiva

www.datasus.gov.br
www.saude.gov.br
www.ibge.gov.br
www.seade.gov.br

www.saude.sp.gov.br
www.opas.org.br
www.paho.org
www.who.org

www.ipea.gov.br
www.bireme.br
http://conselho.saude.gov.br



INSTITUTO
DE SAÚDE

CIP
COORDENAÇÃO DOS
INSTITUTOS DE PESQUISA
SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO DE
SÃO PAULO

Firme e presente,
cuidando de gente.