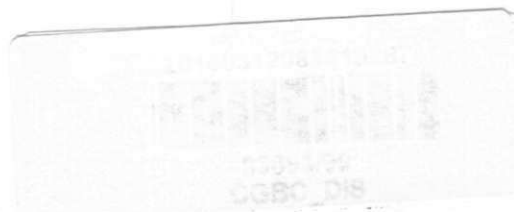


UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CAMPUS II - CENTRO DE HUMANIDADES  
CURSO DE MESTRADO EM ECONOMIA

DESAFIOS DA MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE:  
EVOLUÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E  
PERSPECTIVAS DE IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO  
MODELO DE SAÚDE EM CAMPINA GRANDE

GERALDO MEDEIROS JÚNIOR

CAMPINA GRANDE  
FEVEREIRO 1999



GERALDO MEDEIROS JÚNIOR

DESAFIOS DA MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE:  
EVOLUÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E  
PERSPECTIVAS DE IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE  
SAÚDE EM CAMPINA GRANDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Economia da  
Universidade Federal da Paraíba – Campus II, em cumprimento às  
exigências para a obtenção do grau de Mestre em Economia.

ORIENTADOR: JOSÉ HELENO ROTTA

Universidade Federal da Paraíba

Campina Grande

Fev. 1999



M488d Medeiros Júnior, Geraldo.  
Desafios da municipalização da saúde : evolução do fundo municipal de saúde e perspectivas de implantação de um novo modelo de saúde em Campina Grande / Geraldo Medeiros Júnior. - Campina Grande, 1999.  
130 f.

Dissertação (Mestrado em Economia) - Universidade Federal da Paraíba, Centro de Humanidades, 1999.  
"Orientação : Prof. José Heleno Rotta".  
Referências.

1. Fundo Municipal de Saúde - Campina Grande - PB. 2. Municipalização da Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Dissertação - Economia. I. Rotta, José Heleno. II. Universidade Federal da Paraíba - Campina Grande (PB). III. Título

CDU 336.1:614(813.3)(043)

Este trabalho é dedicado a meu pai Geraldo Medeiros Lima, amigo e incentivador incessante, desde os primeiros momentos de vida e à memória da minha tia Rosa Maria de Sousa, inesquecível e presente nos diversos momentos da feitura deste trabalho por razões que só a memória e o coração podem explicar.

“A voz na sacada da casa rosada  
A solidão da voz  
E na varanda branca da alvorada  
O tempo cansa de esperar por nós  
Será que é preciso imaginar um cosmos pra compreender  
Esse bebê no colo tenta resistir  
Essa madona quer sobreviver?”

(trecho de “Letras Negras” de autoria de Geraldo Azevedo e Fausto Nilo, gravada em disco por Raimundo Fagner, em 1996).

“Levou-se o menino  
pra uma clínica em frente  
e o médico não quis  
vir atender a gente(...)

Menino morrendo  
Era aquela agonia  
E o doutor só queria  
Mediante dinheiro  
Nessa hora vi quanto o mundo está doente.”

(trecho de “Chiquinho Azevedo” composição de Gilberto Gil, gravada pelo mesmo em 1997).

## **AGRADECIMENTOS FRATERNOS E ESPECIAIS:**

Ao orientador José Heleno Rotta.

A minha esposa Jacinta de Fátima.

A minha mãe Lulu e a vovó Severina (mãezinha).

Aos meus irmãos Heyde, Daysan e Hyde.

A mamãe Ivone, Seu Joaquim, dona Antonia e Lúcia de Fátima.

Aos amigos Rosângela, Sônia, Romero e Elza, pelos momentos de descontração tão necessários, durante a feitura deste trabalho.

Ao cantor, compositor e amigo Raimundo Fagner, pelo mar de sons, sonhos, confiança e amizade, fundamentais em meu dia-a-dia.

## **AGRADECIMENTOS SINCEROS:**

Ao Projeto Nordeste/ CAPES que disponibilizou alguns meios materiais importantes para a realização do trabalho.

À CAPES que me proveu com uma bolsa de estudos durante boa parte dos meus estudos na feitura do Mestrado, sem a qual inclusive a realização deste trabalho não teria sido possível.

Ao coordenador do Mestrado, prof. Renato Kilpp, pelo estímulo, cobranças, críticas e sugestões ao trabalho.

À professora Niedja Maia Gois, pelas maravilhosas aulas de inglês.

À professora Glacy Gonzales Goski Garcia, membro da banca examinadora, pelas dicas, críticas e sugestões ao trabalho.

À professora Cynthia Agra de Sousa Lima, pela versão do Resumo para o inglês.

Ao amigo Jaildo Figueiredo do Nascimento, por sua importante colaboração.

A amiga e colega de turma no mestrado, Patrícia Cristina Aragão.

A Pollyanna X. Nunes, Telma Lúcia Nunes e Jeane Vasconcelos, que colaboraram na coleta de dados para este trabalho.

Aos membros do Conselho Municipal de Saúde.

Aos meus alunos nos dois anos de experiência como professor substituto.

A todos que fazem o grupo PET-ECONOMIA.

Aos professores e funcionários do Mestrado em Economia, especialmente a Clodoaldo Bortolluzzi, José Bezerra, Paulo Ortiz, Leiliam Dantas, Jurandir Xavier e Gelfa Aguiar, e a todos que colaboraram com a minha formação.

## APRESENTAÇÃO

O presente trabalho responde à exigência formal para a conclusão do curso de Mestrado em Economia, do Campus II da Universidade Federal da Paraíba, ao qual estou vinculado e tive a oportunidade de estudar desde 1995.

O tema tratado no mesmo surgiu como resultado de uma série de reflexões feitas durante o curso sobre as políticas sociais e também como resultado do engajamento do autor no Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande. A necessidade de aprofundamento e dedicação de um maior tempo às tarefas relativas à fiscalização dos recursos do SUS no município e de uma sistematização das informações que levasse para os usuários do SUS, precisamente como vinham sendo usados os recursos da saúde, motivaram este trabalho.

A crença de que o SUS é viável, fundada nos documentos consultados, e que poderá vir a transformar a atenção à saúde no país, foram sempre o norteador principal do trabalho.

Nas páginas a seguir, o leitor encontrará um acompanhamento sobre o recursos que constituem o Fundo Municipal de Saúde, no período 1995-1997. Amparados nas estratégias do Ministério de Saúde e nas discussões existentes na literatura, será feita uma análise sobre a adequação do caso de Campina Grande à estratégia geral.

A necessidade de tornar o SUS um sistema viável, eficiente e eficaz, no tocante às necessidades da população, têm sido preocupações constantes no movimento sanitário brasileiro. A verificação de como o SUS tem existido em Campina Grande e quais as suas tendências, frente ao processo de municipalização, é uma das preocupações presentes neste trabalho.

Neste sentido, será dada especial importância a verificação da evolução do PSF (Programa Saúde da Família) e do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), vistos aqui como inovadores e importantes para melhorar, de forma transformadora, a atenção à saúde no país.

MEDEIROS JR, Geraldo. Desafios da Municipalização da Saúde: Evolução do Fundo Municipal de Saúde e Perspectivas de Implantação de um Novo Modelo de Saúde em Campina Grande.

## RESUMO

O Sistema Único de Saúde, criado com a Constituição de 1988 como resultado do processo de discussões iniciado pelo movimento sanitarista brasileiro, vive um momento decisivo. O SUS tem evoluído muito lentamente, tendo oferecido uma assistência inferior às necessidades reais da população. Ao mesmo tempo, enquanto conjunto de portarias, filosofias e preceitos básicos, o sistema tem preconizado a possibilidade de oferecer um atendimento de boa qualidade para a população. Como resposta ao desafio de tornar realidade o SUS pensado e sistematizado, o Ministério da Saúde tem agido no sentido de priorizar a municipalização dos sistemas de saúde, o controle social e a assistência básica como porta de entrada do sistema e responsável por modificações importantes nos serviços de saúde. Neste sentido, ganha destaque o estímulo oferecido ao Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como responsáveis por uma nova lógica de atenção, que privilegia a manutenção da saúde, com atividades preventivas, ao invés da mera cura de doenças. O município de Campina Grande enfrenta indefinições no instante em que se prepara para ingressar no processo de gestão descentralizada do sistema, pois não esboçou ainda uma estratégia, no sentido de fazer do SUS um sistema eficaz e eficiente. No trabalho, foram examinadas as contas do Fundo Municipal de Saúde, onde são depositados os recursos públicos da saúde em Campina Grande, referentes ao período 1995-1997. Foi feita uma análise das receitas e despesas da Secretaria Municipal de Saúde, de modo a se ter um perfil das atuais prioridades da gestão municipal. Para que esta etapa pudesse ser realizada com sucesso, houve concomitância entre a coleta de dados com o trabalho de fiscalização realizado pelo Conselho Municipal de Saúde, do qual o autor e o orientador deste trabalho fazem parte. Foi dada ênfase a verificação da viabilidade econômica do PSF, visto pela Secretaria como um bom programa do ponto de vista epidemiológico, porém deficitário do ponto de vista financeiro. A análise das aplicações dos recursos da saúde revelou pouca sintonia com os preceitos do Ministério da Saúde. Em 1997 houve queda no número de atendimentos realizados pela assistência básica e estagnação no número de equipes do PSF. Ao mesmo tempo, foi verificado um gasto considerável em gratificações, algumas criadas sem o conhecimento do Conselho, e locações de automóveis, entre outros gastos de resultados questionáveis sobre a saúde da população. Ao mesmo tempo, a análise sobre receitas e custos do PSF, revelou que o déficit do programa é menor do que o divulgado oficialmente, inclusive com possibilidades de superávit, se considerados os incentivos concedidos pelo Ministério da Saúde a este programa. A falta de definição de uma estratégia própria para a mudança que seja clara e divulgada, é um dos maiores empecilhos para a consolidação do processo de municipalização, como responsável por transformações importantes na atenção à saúde no município.



## ABSTRACT

The Sistema Único de Saúde, which was created with the constitution of 1988 as a result of discussion process started by Brazilian sanitation movement, has undergone a decisive moment. SUS has evolved slowly and offers a lower assistance at real population's necessities in spite of decrees, philosophy, and basic precepts have advocated the possibility of offering a good quality service to people. In response to the challenge of making true what was systematically thought by SUS the Health Ministry made use of the Basic Operational Norm, NOB/96, which states the health system municipality, the social control and basic assistance as the input to the system and as responsible for important changes in health service. Thus, Programmes like Family Health Programme (PSF) and Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), bring out like responsible for a new point of view that favours the health maintenance with preventive activities instead of a mere cure of illness. The borough of C. Grande has faced an indefinite situation since it has been getting ready to join to the decentralized process management from the system and has not outlined any strategy to make SUS an efficient system. In the work the bills referred to a period from 1995-1997 of Municipal Health resources were investigated. It was made both a revenue and an expense analysis of the Municipal Health Department so that we could have a profile of the current priorities of municipal management. In order to achieve success in this stage, there was a concomitant work between the collection data and the inspection work carried out by Municipal Health Council, from which the work author and the advisor take part of it. It was checked the economic feasibility of PSF considered to be a good programme under an epidemiological point of view but deficit economically. The application analysis of health resources revealed a little tune with the Health Ministry's percepts, in Campina Grande there was in 1997 a fall in the service number performed by basic assistance and a stagnation in PSF year number. At the same time it was noticed a considerable expense in gratuities (some of them with no council's knowledge) lease on cars besides other questionable results from population's health. On the other hand the analysis of PSF revenue and cost, showed that the shortfall of the programme is smaller than it was officially published and there is a surplus possibility if we consider the incentive given by the Health Ministry. A short coming definition of a proper strategy for a clear and spread change, is one of the biggest hindrance to consolidate this process as responsible for important changes in the attention that is given to the health in the borough.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>3</b>
<b>I – BASES PARA UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL</b> .....	<b>6</b>
1.1. PASSOS DECISIVOS NA CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO DE NOVO MODELO DE SAÚDE ....	6
1.2. NOB/96, CONSOLIDAÇÃO DOS AVANÇOS E DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS .....	13
1.2.1 <i>A Municipalização na NOB/96</i> .....	15
1.2.2 <i>Modificações na Lógica Receita-Custo</i> .....	21
1.2.3. <i>Controle Social</i> .....	28
1.2.4. <i>Criticas à NOB/96</i> .....	33
1.3. PSF E PACS: LÓGICA DE FUNCIONAMENTO E DE FINANCIAMENTO DOS PROGRAMAS PRIORITÁRIOS DE ATENÇÃO BÁSICA.....	43
<b>II – ASPECTOS METODOLÓGICOS DO TRABALHO: DA AÇÃO DE ACOMPANHAMENTO DO FMS À SISTEMATIZAÇÃO CIENTÍFICA DOS DADOS</b> .....	<b>48</b>
2.1. ESPECIFICIDADES DA CONCOMITÂNCIA DA PESQUISA E DA AÇÃO EM RELAÇÃO À SAÚDE COLETIVA .....	48
2.2. O PAPEL DO CONTROLE SOCIAL E DO ACOMPANHAMENTO DO FMS .....	51
2.3. BARREIRAS E DIFICULDADES DE ACESSO ÀS INFORMAÇÕES E AOS PROCESSOS EM, CURSO .....	58
2.4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS ADOTADOS PARA A SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS ECONÔMICOS .....	62
<b>III – ORIGEM E MAGNITUDE DOS RECURSOS PÚBLICOS PARA A SAÚDE E TENDÊNCIAS DE SUA ALOCAÇÃO EM CAMPINA GRANDE</b> .....	<b>66</b>
3.1. ORIGEM E MAGNITUDE DOS RECURSOS PÚBLICOS APLICADOS NO SISTEMA DE SAÚDE EM CAMPINA GRANDE .....	67
3.2. EVOLUÇÃO E LIMITES DOS RECURSOS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	74
3.3. EVOLUÇÃO E DESEMPENHO DO MODELO TRADICIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE .....	81

* <b>IV - OS DESAFIOS DA MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE EM CAMPINA GRANDE</b>	
<b>E SUAS PERSPECTIVAS INQUIETANTES.....</b>	<b>86</b>
4.1. OS GRANDES DESAFIOS PARA A IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO AVANÇADO DE ATENÇÃO À SAÚDE EM CAMPINA GRANDE FACE À MUNICIPALIZAÇÃO DO SETOR.....	86
4.1.1. <i>A Estratégia Apontada pelo SUS Frente às Especificidades Locais</i> .....	86
4.1.2. <i>O Imperativo de Reforçar a Atenção Básica Como Porta de Entrada do Sistema</i> 91	
4.2. A EXPERIÊNCIA ACUMULADA PELO PSF LOCAL E A VIABILIDADE ECONÔMICA DE SUA EXPANSÃO .....	95
4.2.1. <i>Aspectos Da Implantação Do Programa Em Campina Grande</i> .....	95
4.2.2. <i>O PSF É Viável?</i> .....	100
4.2.2.1. Observações Sobre A Receita do Programa.....	100
4.2.2.2. Observações Sobre as Despesas do Programa.....	104
4.2.2.3. Considerações Sobre A Viabilidade Econômica do Programa.....	107
4.3. A FALTA DE DEFINIÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA PRÓPRIA PARA A MUDANÇA E OS PONTOS CRÍTICOS DE RESISTÊNCIA .....	113
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>116 *</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>119</b>
NOB/96 – RESPONSABILIDADES, REQUISITOS E PRERROGATIVAS PARA A GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E GESTÃO PLENA DO SISTEMA.....	119
15.1. <i>GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA</i> .....	119
15.1.1. Responsabilidades.....	119
15.1.2. Requisitos.....	120
15.1.3. Prerrogativas.....	121
15.2. <i>GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL</i> .....	122
15.2.1. Responsabilidades.....	122
15.2.2. Requisitos.....	123
15.2.3. Prerrogativas.....	125
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>126</b>

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de mais de dez anos de existência, está ainda em fase de implantação. As resistências, oscilações, recuos e pressões por parte dos diversos grupos envolvidos e pelo próprio governo, foram e são comuns durante este período.

Hoje o SUS vive dilemas, que tornam o seu futuro verdadeira incógnita: se nas normas, decretos e portarias do Ministério da Saúde existem propostas avançadas, capazes de transformações radicais na assistência à saúde, por outro lado os avanços no espaço concreto dão-se muito lentamente. É comum se ver na mídia as enormes filas nos hospitais, clínicas, postos de saúde e o descontentamento da população com a qualidade dos serviços. A baixa remuneração aos profissionais é também um dos aspectos desta realidade, o que leva a fraudes ou pagamentos suplementares por parte dos usuários a procedimentos garantidos pelo sistema.

A crise deste SUS que aparece na realidade, sobretudo na mídia e a lentidão em que suas reformas mais transformadoras acontecem, leva a debates crescentes entre os profissionais da saúde, que propõem alternativas ao atual modelo, ou mesmo o temor por parte de alguns de que as características mais transformadoras das normas do sistema, signifiquem na prática retrocessos irreversíveis.

Hoje existe portanto um fosso a separar o SUS, idealizado na literatura especializada pelos profissionais da saúde e oficializada pelo Ministério da Saúde, do SUS real, o qual freqüentemente é manchete nos jornais como responsável por filas, mau atendimento, má administração e diversos tipos de fraudes.

É sobre as perspectivas de que o SUS idealizado possa vir a ser real em Campina Grande e, por isto, transformador, eficiente e adequado às necessidades da população, que trataremos neste trabalho. Fazer com que o SUS real corresponda ao planejado nos

documentos passa por um conjunto de estratégias transformadoras na assistência à saúde. A mudança da porta de entrada do sistema e a preocupação em preservar a saúde dos usuários, ao invés de meramente tratar das doenças adquiridas, parece algo fundamental e possível de ser concretizado.

Uma das barreiras para a concretização das mudanças previstas para o SUS está nas resistências locais. Como algumas das mudanças passam, dependendo das especificidades da assistência à saúde locais, por redefinição dos papéis das instituições e dos profissionais envolvidos, muitas das resistências e empecilhos podem ser vistos como normais.

Analisaremos o caso de Campina Grande, tomando como base os dados do Fundo Municipal de Saúde (FMS), por onde passa apenas parte dos recursos da saúde no município. A análise desta parte porém, totalmente de domínio do gestor municipal, é importante para o entendimento sobre sua atual política e as possíveis tendências, no que se refere a entrada do município na gestão plena da atenção à saúde.

A investigação sobre o FMS de Campina Grande torna-se importante também para a observação sobre a viabilidade econômica dos programas vistos como transformadores na atenção à saúde. De pouco adianta um programa inovador se não puder ser financiado. Assim, será feito um estudo sobre o investimento municipal no PSF (Programa Saúde da Família), visto como um dos responsáveis principais na mudança da lógica de atenção à saúde.

O acesso aos dados do FMS, no grau de desdobramento desejado é, ainda hoje, restrito a poucos. Embora os balancetes contábeis sejam acessíveis ao público, o manuseio dos dados com a desagregação necessária só foi possível devido à disponibilidade de meios permitida pela concomitância deste trabalho com o de fiscalização executado no Conselho Municipal de Saúde (CMS). Se estivéssemos movidos apenas pelo interesse acadêmico, não teríamos podido chegar ao nível de detalhamento dos dados a que chegamos. Por outro lado, se estivéssemos embalados tão somente pelo trabalho de fiscalização, característico do controle social

exercido pelo Conselho, também não teríamos alcançado os mesmos resultados, pois são bastante elementares os meios disponíveis para esse fim.

Com o intuito de melhor mostrar isto, o trabalho foi dividido em quatro capítulos. No primeiro são analisadas as estratégias defendidas na literatura e a adotada pelo Ministério da Saúde, com ênfase especial ao PSF e PACS. No capítulo dois é descrito o trabalho de sistematização dos dados coletados junto a SMS, que aparecem neste trabalho em seus aspectos mais conclusivos. Nos capítulos 3 e 4 é analisado o caso de Campina Grande, referindo-se à atual estrutura de recebimentos e gastos dos recursos, às tendências apresentadas e adequação ao que é proposto pelo Ministério.

# I – BASES PARA UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

## 1.1. *Passos decisivos na construção de um projeto de novo modelo de saúde*

O processo de municipalização da saúde em curso hoje no Brasil, como um dos elementos centrais para a modificação da assistência à saúde, aparece como um dos resultados concretos de um movimento iniciado com as diversas conferências nacionais de saúde, principalmente a oitava, realizada em 1986, conhecido como movimento sanitário brasileiro<sup>1</sup>.

Este movimento<sup>2</sup> surge no contexto do regime militar, não apenas preocupado em ser um espaço de lutas contra a ditadura, mas também em criar um projeto alternativo de transformação do sistema de saúde. Isto é possível, pois este movimento entende que a saúde compreende as condições de vida do indivíduo, abrangendo não apenas a assistência médica propriamente dita, mas também o acesso a emprego, salários dignos, educação, habitação, saneamento, transporte, alimentação, entre outros. A saúde é vista portanto como direito de todos e dever do Estado, não sendo motivo de responsabilidade exclusiva do Ministério da Saúde, mas uma questão estratégica do governo.

As conferências são neste contexto espaços oficiais em que os diversos profissionais envolvidos com a saúde pública encontram-

---

<sup>1</sup> Sobre a evolução das políticas de saúde pública no Brasil e a discussão sobre o processo de municipalização, é interessante ver a dissertação de Edmilson Guimarães da Silva, *Evolução das Políticas de Saúde Pública no Brasil, Concepção e Implantação do SUS e Modelos de Assistência à Saúde em Campina Grande* - Pb.

<sup>2</sup> Sobre o que é a Reforma Sanitária e outros aspectos do SUS, ver Rodriguez Neto, Eleutério, em *A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde*. In: *Incentivo À Participação Popular e ao Controle Social no SUS*. Ministério da Saúde, 1994.

se para discutir as grandes questões sanitárias estratégicas. Neste espaço, as diversas alternativas ao ineficiente modelo oficial, ganhavam corpo e tendiam a se tornar oficiais.

Para um melhor entendimento da proposta atual do SUS, é interessante entender a lógica dos principais modelos que existiram na assistência à saúde no Brasil. Segundo SILVA<sup>3</sup>, neste século os modelos sanitarista-campanhista e o médico-assistencial privatista. Nos primeiros anos do século, o primeiro modelo apareceu como necessário ao escoamento da produção destinada à exportação, força motriz da economia brasileira na época. Tratava-se de uma atenção à saúde para viabilizar o escoamento das mercadorias. O Estado atuava assim principalmente no controle de endemias e epidemias<sup>4</sup>. Neste período foram importantes as campanhas promovidas por Oswaldo Cruz, que é considerado um marco do campanhismo.

O modelo médico-assistencial privatista surge como resultado do processo de industrialização que se torna significativo a partir da chamada revolução de 30. Modificado o eixo estruturante da economia, a atenção à saúde também volta-se para atender à nova lógica. Agora, já não mais interessa manter primordialmente os canais para as exportações (embora a exportação continue sendo fundamental para o equilíbrio das contas externas), mas fazer com que a capacidade física-produtiva dos trabalhadores vinculados ao processo produtivo na indústria, fosse preservada. Assim, o fim último deste novo modelo é o de viabilizar a indústria, possibilitando o aumento da produtividade do trabalho.

Entre os anos 50 e 70, surge e passa a predominar a medicina previdenciária, que consiste na garantia de atendimento àqueles indivíduos vinculados ao sistema de previdência social. Portanto, pessoas empregadas com renda fixa e colaboradores do sistema.

---

<sup>3</sup> SILVA, 1998. Op. Cit. p. 11.

<sup>4</sup> A diferença maior entre endemia e epidemia é que a endemia significa uma doença permanente em um dado lugar, enquanto que a epidemia é ocasional, afetando em ambos casos, considerável número de pessoas.



Residualmente, eram também atendidos os indivíduos que não podiam contribuir, na categoria de indigentes. Segundo FEGHALI<sup>5</sup>, há então um crescimento da atenção médica individual e da assistência hospitalar, ficando as ações coletivas de promoção e proteção à saúde em segundo plano.

Em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de saúde, já existia a idéia de um sistema único, inclusive batizado de Sistema Único de Saúde. As conferências de saúde já tinham importante papel na formulação dos modelos de atenção à saúde<sup>6</sup>. Com o golpe militar há um arrefecimento nas mobilizações, o que implica em pouca evolução durante a ditadura. Apenas com o processo de redemocratização é que começam esboços para modificação da lógica existente. Havia o consenso de que o modelo atual não atendia às necessidades da população. A diferença, persistente até hoje, é sobre a solução eficaz para o problema.

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde trouxe as bases para o que viria a ser o Sistema Único de Saúde - SUS, criado pela Constituição de 1988. Com esta, busca-se criar um novo modelo de atenção à saúde no qual toda a população teria acesso ao atendimento de forma gratuita. Antes de qualquer outra coisa havia a intenção clara de modificar o modelo de atenção à saúde, passando de um modelo centrado na cura de indivíduos privilegiados, para outro voltado para a prevenção e recuperação da saúde da população como um todo. O Estado seria o responsável pela promoção da saúde, através principalmente de ações preventivas, ao lado das ações meramente curativas, que predominam até hoje.

É claro, portanto, que o SUS enquanto um projeto do movimento sanitário brasileiro, não se iniciou com a Constituição de 1988, no que se refere aos princípios norteadores. Segundo

---

<sup>5</sup> FEGHALI, p.4.

<sup>6</sup> A primeira delas aconteceu em 1941 e desde então influenciou nos rumos das políticas de saúde no país.

Eugênio Vilaça Mendes<sup>7</sup>, um dos importantes estudiosos sobre o assunto, não há data precisa que defina quando o SUS começou de fato, nem haverá o momento do seu final. Visto como um processo de reformas sociais, o processo de avanço é naturalmente lento e politicamente árduo, por se tratar de algo desenvolvido num ambiente democrático. O movimento social que vem construindo o SUS ao longo do tempo se denomina de reforma sanitária brasileira e é composto dos diversos atores sociais, presentes no embate político, ideológico e tecnológico.

De fato, nas palavras de CAMPOS<sup>8</sup>, um dos especialistas no assunto, houve uma clara influência do trabalho de diversos intelectuais no que veio a se constituir o SUS, desde a aspectos gerenciais relacionados à difusão de uma cultura sanitária, até aos técnico-assistenciais.

Neste sentido, o SUS nasce tendo como características principais a totalidade, integralidade, descentralização, racionalidade, eficácia e eficiência, democracia e equidade<sup>9</sup>.

- A totalidade expressa que o atendimento deve ser um direito de todos, independente de classe social, sexo, raça, ou mesmo pagamento da Previdência, rompendo assim com o modelo antes existente.
- A integralidade do atendimento significa a preocupação em atender a pessoa como um todo e não a uma soma de partes, alvo das ações de tratamentos especializados. Isto implica em ações voltadas para a prevenção e tratamentos que respeitem a dignidade humana.
- Com a descentralização há a preocupação em aproximar os responsáveis pela execução das ações dos problemas e dos usuários do sistema, havendo uma maior possibilidade de resolução.

---

<sup>7</sup> MENDES, Eugênio Vilaça Mendes. Uma Agenda Para a Saúde, p.57.

<sup>8</sup> CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma da Reforma - Pensando a Saúde. P.119.

<sup>9</sup>Resumido de Rodriguez Neto, p. 12.

- A racionalidade significa a preocupação em oferecer serviços adequados às necessidades da população. Por esta característica, procura-se evitar o excesso de oferta em alguns serviços, enquanto que outros não sejam oferecidos. O fato de haver um planejamento estratégico, busca suprir esta necessidade.
- A eficácia e eficiência, implica em resolutividade do sistema, porém utilizando adequadamente os meios materiais e humanos para tanto. Há portanto dupla preocupação: com os resultados, do ponto de vista do indivíduo, mas também que as técnicas e o uso dos recursos públicos tenha sido despendidas da melhor forma possível.
- O caráter democrático do SUS implica não só no atendimento de todos os cidadãos brasileiros, mas na sua participação na tomada das decisões. Está implícito aqui o próprio controle social e a participação organizada da sociedade na elaboração das políticas futuras do sistema.
- A equidade representa a garantia de atendimento desigual para os cidadãos desiguais, ou seja, garante o atendimento especial para as classes sociais mais baixas, como caminho necessário para a manutenção da saúde. Há o entendimento de que os mais favorecidos economicamente demandam menos ações preventivas, do que aqueles que moram em favelas, por exemplo.

As mudanças introduzidas com a criação do SUS podem ser vistas a partir do entendimento do significado da sigla SUS. Segundo RODRIGUEZ NETO<sup>10</sup>, entender o SUS como sistema e como único a oferecer atendimento de saúde à população, já implica em transformações importantes. O fato de ser um sistema, dá a entender que seja formado de várias instituições, no caso os níveis municipal, estadual e federal de governo e pelo setor privado conveniado. O sistema é único porque possui a mesma

---

<sup>10</sup> RODRIGUEZ NETO, p. 12.

doutrina e filosofia de atuação e é organizado com uma mesma sistemática.

Parte importante da nova estratégia, esboçada a partir do SUS, é a descentralização dos recursos. Com ela, a gestão do sistema de saúde passa para a esfera municipal, com a fiscalização do uso dos recursos pela sociedade, realizada a partir da criação dos conselhos de saúde.<sup>11</sup> Os conselhos, conforme será visto no decorrer deste trabalho, são espaços oficiais e privilegiados onde a sociedade organizada tem a possibilidade de influenciar na formulação das políticas de saúde e na sua execução.

A intenção neste sentido é de efetivar o controle social dos gastos públicos, alcançado de forma mais eficaz quando o gestor (o prefeito ou o secretário de saúde) está mais perto do beneficiado. Há, portanto, a tentativa de romper com o mecanismo de remuneração pelos serviços prestados, por parte do governo federal, os quais não sofrem quase nenhum tipo de fiscalização, a respeito da qualidade ou mesmo sobre sua efetiva prestação. Ao transferir para os municípios a responsabilidade de remuneração dos prestadores e a tarefa de planejar as prioridades para a saúde, a União põe na mão dos munícipes a tarefa de fiscalizar os recursos; podendo, portanto, torná-los mais eficientes para a população. Além disto, conforme destaque no próximo capítulo, ganha importância o papel dos conselhos de saúde.

Por outro lado, a implantação do SUS vem se procedendo muito lentamente. Passados mais de dez anos de sua criação, ainda o processo de municipalização da gestão da saúde, um dos requisitos fundamentais para um sistema mais eficiente, não foi inteiramente consolidado (em alguns lugares sequer começou). As filas nos hospitais fazem parte do dia-a-dia da população. O controle social ainda se dá de forma tímida e insuficiente e a lógica predominante ainda é a de atenção à doença. Segundo FEGHALI<sup>12</sup>,

---

<sup>11</sup> Sob este aspecto, ver FEGHALI, Jandira. Ver bibliografia.

<sup>12</sup> FEGHALI, p.5.

acresça-se a isto os empecilhos criados pela indústria de medicamentos e equipamentos, inclusive, com repercussão dentro do governo, além dos grupos representativos da iniciativa privada, combativos nos aspectos que lhes prejudicam. Segundo esta mesma autora, o lobby do complexo médico-industrial faz valer seus interesses, dificultando, ou mesmo impedindo o avanço do SUS.

Isto não quer dizer, porém, que o SUS está prestes a perecer. Atualmente há um quase consenso, na literatura e nas ações do governo, de que houve uma evolução no atendimento à saúde, principalmente quando comparado aos modelos de atenção antes existentes e que o SUS pode continuar a ser o sistema público no Brasil. As perspectivas são de avanços, embora que a médio e longo prazo.

Conforme afirma RODRIGUEZ NETO<sup>13</sup>, nem sequer foram criadas as pré-condições necessárias para a plena existência do SUS. Na visão deste autor, até então apenas se viu um modelo que funcionou para atender a interesses privados, especialmente aqueles ligados aos donos de hospital, que não coincidem com as reais necessidades da população.

Neste sentido o corpo técnico do Ministério da Saúde tem feito o papel de mediador entre o poder executivo e as pressões diversas e demandas dos diferentes segmentos sociais. A cada mudança de governo, novos interesses e tendências afloram, permanecendo porém no Ministério uma base sólida, que tem permanecido, em ritmos oscilantes, na defesa do avanço do SUS.

Apesar disto, na visão de CAMPOS<sup>14</sup>, este corpo técnico e os intelectuais ligados ao movimento das reforma sanitária não conseguiram modificar a lógica neoliberal hegemônica nem a utilização da lógica privada na administração do setor público, aspectos centrais na lentidão dos avanços do SUS na atualidade. Há então uma perda crescente de espaço por parte dos técnicos do

---

<sup>13</sup> RODRIGUEZ NETO, p.15.

<sup>14</sup> CAMPOS, p.119.

Ministério da Saúde que defendem o projeto inicial do SUS, em prol das propostas neoliberais.

No próximo item, discutir-se-á a etapa mais recente do processo de municipalização que resultou na formalização da NOB/96 e demais medidas do governo federal. A discussão visa avaliar a realidade de Campina Grande dentro deste processo e as perspectivas da atenção à saúde no município.

## **1.2. NOB/96, consolidação dos avanços e definição de estratégias**

Desde 1988, o SUS vem sendo regulamentado, conforme avançam na sociedade as discussões em torno das diversas etapas de sua implantação. As conferências nacionais de saúde, os conselhos de saúde e as comissões bipartite e tripartite são alguns dos fóruns oficiais de discussão do sistema.

Como resultado deste processo, destaca-se a promulgação das leis 8.080 e 8.142 - Leis Orgânicas da Saúde - que têm como finalidade criar as bases para o funcionamento do SUS, incluindo formas de financiamento, competência das diferentes esferas do governo, participação da sociedade, controle social, entre outros.<sup>15</sup>

As Normas Operacionais Básicas (NOB's) surgiram para disciplinar o processo de descentralização, atribuindo o papel de cada um dos agentes e as formas de gestão, entre outros. Trata-se, portanto, de instrumento oficial para a consolidação do SUS, enquanto sistema transformador.

A NOB/96 foi lançada em fins de 1996 e passou a ser a nova norma orientadora do SUS daí em diante. Não foi a primeira, nem provavelmente será a última, visto que as etapas previstas não são por si só conclusivas e definitivas. Desde o período de

---

<sup>15</sup> Para um melhor acompanhamento sobre o assunto, recomendamos SILVA, Edmilson G. da. Op. Cit.

abertura do regime militar e posterior transição para a volta à democracia, que a sociedade vem paulatinamente a ocupar espaços, a discutir em fóruns e instâncias organizadas as questões importantes para o efetivo exercício da cidadania.

A NOB é portanto resultado de todo um processo de discussão, lutas, mobilização dos diferentes atores envolvidos na área da saúde. O seu resultado reflete a posição do Ministério da Saúde, ou a força resultante de todo um processo que encontra representatividade no governo.

Na atual NOB, há um conjunto de orientações operacionais, além de trazer os princípios e diretrizes do sistema, consubstanciados na legislação vigente, que permitirão as mudanças necessárias no modelo de atenção à saúde no Brasil. Vêem-se nela pelo menos três categorias fundamentais que se destacam entre as demais: a consolidação do processo de municipalização, a mudança na lógica de faturamento por parte dos municípios e a preocupação em efetuar um controle social dos gastos públicos com a saúde. As três preocupações estão relacionadas entre si e são, na visão predominante no Ministério da Saúde, fundamentais para o sucesso do SUS. Discutiremos cada um destes itens nas próximas seções.

Para atingir os objetivos gerais, as ações desenvolvidas pelo SUS estão divididas em três grandes campos: assistência, intervenções ambientais e políticas externas no setor da saúde. O primeiro deles refere-se àquelas atividades prestadas no âmbito hospitalar e ambulatorial e que são dirigidas às pessoas. O segundo, o das intervenções ambientais, trabalha com as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, controle de vetores e hospedeiros. Trata-se de ações preventivas, de caráter geral. Por fim, o campo das políticas externas traz a visão ampla do conceito de saúde, adotada pelo Ministério da Saúde, que compreende os determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, englobando questões pertinentes a emprego, habitação, educação, lazer e alimentação.

### 1.2.1. A Municipalização na NOB/96

A idéia de passar para o município a responsabilidade sobre a atenção à saúde não é um processo novo. O processo de discussão, que tomou corpo nas diversas conferências nacionais de saúde e na Lei Orgânica da Saúde (LOS), foi formalizado na NOB/91 que já regulava os tipos de gestão incipiente e parcial para os municípios. Nesta NOB, os municípios já começavam a assumir, quando habilitados, algumas funções de gestão, posto que de forma insuficiente. Municipalizar teve, portanto, significados distintos, conforme a época e o local.

Na NOB/91, são criadas duas formas de gestão, a incipiente e a parcial. Pela primeira forma, haveria apenas autorização de credenciamento, descredenciamento e avaliação dos serviços prestados ao SUS. Na gestão parcial, haveria o recebimento dos valores referentes à diferença entre o valor fixado como teto orçamentário e o valor efetivamente produzido no período. Ainda de caráter muito limitado, tal norma foi importante por acenar com a possibilidade de municipalização, mesmo que de forma parcial. Na NOB/93, além dos dois tipos de municipalização criados na norma anterior, foi contemplada a possibilidade da gestão semiplena que equivaleria à execução total do gerenciamento e ordenamento do modelo assistencial.

Na NOB/96 os conceitos de gestão foram revistos, sendo criados dois novos tipos: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal. Uma terceira possibilidade provisória, para os municípios que ainda não tenham atendido aos pré-requisitos para entrar em uma das formas de gestão, seria a de continuar como mero prestador de serviços, com a continuação dos estados como intermediários. Vê-se aí que houve uma evolução da semiplena da NOB anterior para a gestão plena com características e responsabilidades mais definidas. Muda também a intenção do governo. O MS (Ministério da Saúde) busca, em pouco tempo, trazer para a municipalização a totalidade dos municípios brasileiros. A partir desse momento, municipalizar significa



transferir para o município a gestão do sistema, seja plena ou apenas da atenção básica.

Com a oficialização da descentralização dos recursos, passando para os municípios a responsabilidade de gestão do sistema, a NOB atende a uma antiga reivindicação dos movimentos populares vinculados à saúde. Afinal, ao aproximar o cidadão beneficiado dos serviços do gestor, inclusive com possibilidades formais de fiscalização dos gastos, ela traz a possibilidade de um melhor uso dos recursos da saúde.

O gestor é, portanto, o responsável maior pelas políticas de saúde do município. Desde a elaboração das estratégias de saúde, da programação municipal, da gerência das unidades prestadoras pertencentes ao município, compete a ele o controle, a auditoria e a manutenção de informações sobre o sistema e outros.

Neste caso, gestão não é sinônimo de gerência. Sua dimensão é bem mais ampla. A NOB/96 conceitua gerente como o administrador de uma unidade ou órgão de saúde que presta serviços ao sistema. O gestor é aquele que tem a responsabilidade de "dirigir um sistema de saúde, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria."<sup>16</sup>

Os municípios habilitados para a gestão plena da atenção básica têm a autonomia sobre as atividades relativas a atenção básica. Estes procedimentos são consultas médicas nas clínicas básicas, odontologia e alguns procedimentos especiais que fogem um pouco da atividade tipicamente médica. A exemplo, são: vacinas, divulgação de campanhas, entre outros, chamados de AVEIANM (Ações de Vigilância Epidemiológica, Imunização e Atos Não Médicos).

Para a gestão plena da Atenção Básica os municípios estarão apenas parcialmente municipalizados. Parcela importante dos recursos da saúde, referente às consultas especializadas e internações hospitalares, exames complexos, entre outros,

---

<sup>16</sup> NOB/96, p.8.

continuam regidos pela antiga lógica do faturamento e descartando-se portanto a possibilidade de autonomia do município sobre eles. A responsabilidade do município neste tipo de municipalização restringe-se ao PAB (Piso da Atenção Básica), cuja definição do valor é feita a partir do número de habitantes em cada município. Além do PAB, o município tem direito a receber os valores da transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) e das ações de epidemiologia e de controle de doenças. Ficam também subordinadas à gestão municipal todas as unidades básicas de saúde, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no município.

A outra modalidade de gestão, mais ampla, é a Gestão Plena do Sistema Municipal. Para os municípios habilitados nesta gestão, cabe a responsabilidade por todo o sistema, incluindo tanto a assistência básica quanto os serviços de média e alta complexidade, além das internações hospitalares, e outros. O município passa a gerir diretamente todos os recursos que antes eram aplicados pelo governo federal, através dos secretários estaduais de saúde.

Ao assumir tal condição, os gestores terão novas responsabilidades que vão desde a elaboração da programação municipal à gerência das unidades ambulatoriais e hospitalares pertencentes a União, estado ou município<sup>17</sup>. Neste sentido, permanecendo como um sistema único, o SUS passa a ter subsistemas de caráter municipal, denominado de SUS-Municipal. A constituição do SUS-Municipal é o meio para que o gestor possa exercer o atendimento integral à população.

Ao mesmo tempo, a norma preocupa-se com o risco de atomização, distanciamento dos municípios em relação a uma estratégia geral de estados ou regiões. Assim, é destacada a importância de harmonia, integração e modernização com equidade

---

<sup>17</sup> Para maiores detalhes sobre as responsabilidades dos municípios habilitados para a Gestão Plena do Sistema, ver documento Anexo 1.

dos sistemas municipais. A harmonização dos interesses municipais fica ao encargo do poder público estadual através da Secretaria Estadual de Saúde.

Além disto, existem fóruns de negociação, integrados pelos gestores municipal, estadual e federal, que é a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelos gestores estadual e municipal, que formam a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Destaca-se também o papel dos conselhos estadual e municipal de saúde.

A municipalização não implica, porém, em completa desobrigação por parte dos gestores estadual e federal em relação à saúde. O gestor estadual tem basicamente quatro papéis, considerados fundamentais: exercer a gestão do SUS no âmbito estadual, promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde, assumir em caráter transitório a gestão dos municípios ainda não habilitados e o de promover a harmonia, integração e modernização dos sistemas municipais. Da parte do gestor federal, também existem quatro papéis básicos: exercer a gestão do SUS no âmbito nacional, promover as condições e incentivar o gestor estadual no desenvolvimento dos sistemas municipais, promover a harmonização, integração e modernização dos sistemas estaduais e exercer as funções de normalização e coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.

Trata-se por conseguinte de uma divisão de tarefas que culmina com a transferência maior para o município das atividades referentes à gestão do sistema. Estará no município o centro das decisões, implantado com o apoio do estado e do governo federal.

Conforme foi visto, com a municipalização, os municípios deixam de ser meros prestadores de serviços para se transformarem em gestores do sistema de saúde. A partir do instante em que estão habilitados, eles podem planejar suas próprias políticas de

saúde, estabelecer suas metas, mesmo que condicionadas às prioridades gerais traçadas pelo Ministério da Saúde.<sup>18</sup>

A transformação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de prestadora de serviço, através dos diversos Centros de Saúde, Unidades Básicas de Saúde e outras unidades conveniadas, para gestora do sistema, implica em modificações em sua razão de ser, no seu modo de existir. Antes a SMS recebia por serviços prestados e remunerava, internamente, os profissionais de acordo com os critérios previamente estabelecidos. Agora ela receberá um valor fixo, independente da produção realizada. Tal valor teve como parâmetros a quantidade de habitantes e as séries históricas de procedimentos realizados pelos municípios. Serão tarefas dos municípios estabelecer as regras para a remuneração dos serviços prestados, quais as atividades são importantes dentro do Plano Municipal de Saúde e quais as prioridades, entre outros.

Ao promover estas mudanças, descritas aqui nas medidas que mais diretamente afetam a realidade do município, o MS propõe-se a promover uma autêntica revolução na atenção à saúde. Tal revolução consiste, nas palavras do ex- ministro Carlos César de Albuquerque, na mudança de modelo de atenção:

“Em vez de dar ênfase à doença, passaremos a incentivar a promoção da saúde, desestimulando a hospitalização, pois os municípios serão os maiores interessados em investir nas ações de prevenção e de atenção básica. Dessa forma, conseguirão melhorar a vida da população”.<sup>19</sup>

Incentivar a promoção da saúde significa priorizar as atividades preventivas, destinadas a atender ao indivíduo com o intuito de evitar que este adoença. Representa também fazer com que os hospitais (por sua própria natureza, instituições que visam à cura de doenças) sejam procurados apenas naqueles casos

---

<sup>18</sup> Segundo Bueno e Merhy, ao priorizar o PSF e o PACS, o MS “fere a autonomia dos municípios na opção por seu modelo, ou no mínimo, penaliza os municípios que não adotarem” ambos os programas. A este respeito, ver o item 1.2.4.

<sup>19</sup> Folha de S. Paulo, 20 de julho de 1997.

realmente necessários. Segundo ainda ALBUQUERQUE, "estamos mudando a visão que dirigiu nossa política de saúde, dando maior atenção a ações preventivas".<sup>20</sup>

O caminho para alcançar tal intuito passa pelo fortalecimento dos postos de saúde. Segundo o ministro, no artigo citado, os "procedimentos que podem ser prestados nos postos de saúde resolveriam a grande maioria dos casos que hoje estrangulam a capacidade de atendimento dos grandes hospitais."

Havendo uma atenção especial ao fortalecimento dos postos de saúde, estes passariam a atuar como porta de entrada do sistema, ao lado do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Como eles têm ações tipicamente preventivas, incluindo visitas às casas dos municípios, se encaixa perfeitamente dentro da modificação da lógica hospitalocêntrica, direcionada ao atendimento à doença, para outra voltada para a atenção à saúde. Segundo ALBUQUERQUE, a concepção centrada no hospital já é questionada nos países desenvolvidos, uma vez que é caro e pouco eficiente manter um hospital para fins que possam prescindir dele.

Ainda segundo ALBUQUERQUE, o renascimento dos postos de saúde "associado ao programa de médicos de família e ao trabalho dos agentes comunitários e articulado com a rede hospitalar, dará ao sistema de saúde brasileiro o nível de eficiência tão justamente cobrado pela população."

Ao transferir para o município o centro das decisões do sistema, o MS procura viabilizar as mudanças necessárias para o bom funcionamento do SUS, visto que o centro das decisões ficará na secretaria de saúde do município, próximo ao cidadão. A preocupação é fazer com que o cidadão saiba a quem recorrer quando tiver problemas e que a autoridade responsável esteja próxima, presente para procurar as soluções adequadas.

---

<sup>20</sup> ALBUQUERQUE, Carlos. A Volta dos Postos de Saúde. Folha de S. Paulo, 29/09/1997.

Neste sentido, ganham importância os conselhos de saúde. Compostos paritariamente por representantes de usuários e prestadores de serviços de saúde, a existência dos conselhos, como foi visto no item anterior, é um dos requisitos necessários para a municipalização. Ao exercerem o controle social, inclusive, com preocupações de controle fiscal, os conselhos se constituem num instrumento fundamental da sociedade, para fazer valer sua cidadania. Além dos conselhos que atuam permanentemente, as conferências municipais de saúde são também espaços formais para a discussão das diversas questões e problemas que envolvem a saúde no país.

O avanço no SUS, prenunciado no processo de municipalização, na valorização dos postos de saúde e de programas como o PSF, dentro da idéia de modificar (ou revolucionar, nas palavras de ALBUQUERQUE) a lógica predominante da atenção à saúde, não é idéia pacífica na literatura e nas práticas políticas. O momento em que o governo anuncia e implementa parte das mudanças, é também de crise do sistema. Passados dez anos, o SUS avançou a passos muito lentos, levando alguns autores a desconfiarem até de sua viabilidade, conforme será visto na seção 1.2.4.

Antes porém, nas duas seções a seguir, tratar-se-á das modificações previstas na lógica receita-custo, a partir do efetivo funcionamento da municipalização. Analisam-se alguns aspectos referentes à importância dada na atual NOB ao papel do controle social e, na sequência, algumas das principais críticas existentes na literatura sobre o que estabelece a NOB/96.

### 1.2.2. Modificações na Lógica Receita-Custo

Um dos aspectos centrais na NOB/96 é a mudança na forma de financiamento das ações de saúde. Se na atualidade o MS remunera de acordo com os serviços prestados, faturados pelos municípios às secretarias estaduais e por estas ao Ministério da Saúde, a partir da municipalização, a transferência será feita diretamente

para o município e, seguindo critérios epidemiológicos e populacionais.

O significado e a abrangência de tal mudança vão além da discussão se isso significa aumento ou diminuição de recursos para a saúde. Durante o período de questionamento sobre os valores do PAB, o debate desencadeado por alguns secretários e autoridades praticamente limitou-se apenas a saber se os montantes cresceriam ou não com a municipalização<sup>21</sup>. Embora esta questão seja importante, numa conjuntura em que os gastos públicos com a saúde são ainda considerados insuficientes nas diferentes esferas do governo, o possível caráter transformador da medida nem sempre passa por possíveis aumentos nos valores transferidos pelo MS.

Ao receber fundo a fundo os recursos referentes à parcela municipalizada (seja da atenção básica ou do sistema), o gestor municipal modifica a sua maneira de faturar procedimentos e de gastar os recursos. Antes, quanto maior a fatura maiores seriam os recursos a serem destinados ao município. Era um estímulo às fraudes, comuns até o presente.

Ao não precisar gastar energias no sentido de valorizar os procedimentos faturáveis, uma vez que as quantias passam a ser pré-fixadas, com possibilidade de ter uma parte significativa variável de incentivos, de acordo com os programas adotados pelo município, há a possibilidade de melhor gerenciamento do sistema, o que favorece a diminuição dos gargalos pelo lado da despesa. Nesse sentido, unidades onerosas e de pouco resultado, sob o ponto de vista epidemiológico podem ser repensadas.

Pela NOB/96, um dos elementos importantes para a transformação é a criação e implantação do cartão SUS-MUNICIPAL, que traz a identificação do usuário desse sistema, com abrangência nacional, de forma a garantir o atendimento de urgência em qualquer serviço de saúde conveniado em todo o país. O cartão possui a identificação da clientela que usufrui os

---

<sup>21</sup> Sobre este aspecto em Campina Grande, discutiremos no capítulo 3.

serviços do SUS, o conjunto dos estabelecimentos produtores dos serviços e auxilia na programação pactuada. Isso possibilita a feitura de um banco de dados com informações gerenciais necessárias para modificar a atenção à saúde. O objetivo de se transferir os recursos fundo a fundo por critérios epidemiológicos e populacionais é de transformar a lógica geral de atenção à saúde.

Busca-se sair de uma lógica em que o modelo clínico é dominante. Portanto, centrado na doença e em procedimentos sofisticados; entretanto, meramente curativos para outro de caráter preventivo, baseado em critérios epidemiológicos. Esse é um dos elementos fundamentais no gerenciamento e no controle social, uma vez que, ao possuir uma rede informatizada, ter-se-á informações sobre a estrutura de gastos e as alternativas existentes para o melhor uso dos recursos.

Os municípios habilitados para a gestão plena da atenção básica recebem o PAB (Piso Ambulatorial Básico), destinado ao custeio dos procedimentos da atenção básica. O PAB é composto por consultas médicas nas clínicas básicas, odontologia e AVEIANM. Seu valor é estipulado de acordo com o número de habitantes, sendo destinado a cada município o valor de R\$10,00 per capita anual, ou aproximadamente R\$0,84 mensais. O PAB é transferido diretamente, de forma regular e automática, ao município habilitado; ou diretamente ao estado, no caso dos municípios não habilitados.<sup>22</sup> Apesar de ser um valor relativamente modesto, a fixação de R\$0,84 mensais significou um aumento apreciável de recursos para a atenção básica na maioria dos municípios brasileiros. Para os municípios que já recebiam valores superiores a R\$10,00 anuais, foram mantidos os valores anteriores, desde que não ultrapassassem o valor de R\$18,00 estabelecido como o teto a ser pago.

---

<sup>22</sup> Para um maior detalhamento do PAB ver SCOTTI, Ricardo F. Informações Sobre a NOB-96: Um Novo Modelo de Gestão do SUS.



Além da parte fixa do PAB, os municípios têm direito a uma parte variável, de acordo com programas e metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Fazem parte destes programas o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e o PSF (Programa Saúde da Família). Ambos os programas são vistos pelo Ministério como fundamentais para a mudança da lógica de atenção à saúde, de acordo com a parcela da população do município atendido, haverá incentivos financeiros para ambos.

Desta forma, o PSF é incentivado pelos critérios a seguir:

"a) Programa de Saúde da Família (PSF): - Acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município; Acréscimo de 5% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município e Acréscimo de 7% para cada 5% da população coberta entre 90 e 100% da população total do município; Esses acréscimos têm, como limite, 80% do valor do PAB original.

b) Programa de agentes Comunitários de Saúde (PACS): Acréscimo de 1% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta até atingir 60% da população total do município; acréscimo de 2% para cada 5% da população entre 60 e 90% da população total do município e acréscimo de 3% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município. Esses acréscimos têm, como limite, 30% do valor do PAB original do município."<sup>23</sup>

Vê-se nos dois itens a importância conferida pelo Ministério da Saúde aos dois programas. Um aumento significativo no PAB é possível, desde que os programas atendam à boa parte da população. Sobre a abrangência de ambos os programas, será discutida no próximo item e no último capítulo deste trabalho.

Aos municípios habilitados para a gestão plena do sistema, além do PAB, é prevista a FAE, Fração Assistencial Especializada, que corresponde "aos procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio (TFD) sob gestão do estado."<sup>24</sup> Os valores dos procedimentos são frutos de negociações na CIB (Comissão Intergestores Bipartite) e na CIT

---

<sup>23</sup> NOB/96, capítulo 12.1.2.

<sup>24</sup> Idem, capítulo 12.1.3.

(Comissão Intergestores Tripartite), que servem de base para os valores estabelecidos em portaria do Ministério da Saúde.

Outra modalidade importante de transferências é o TFAM, Teto Financeiro da Assistência do Município, que estabelece o montante máximo de ações assistenciais assumidas pela secretaria de saúde do município. Esses recursos também são transferidos fundo a fundo, destinando-se ao custeio dos serviços localizados no território do município.

Além destes recursos, existe a possibilidade de acréscimo de até 2% no teto financeiro do estado, como incentivo à obtenção de resultados de impacto positivo sobre as condições de saúde da população, segundo critérios fixados em portaria do MS. O IVR, Índice de Valorização de Resultados, é um dos mecanismos para estimular a obtenção de algumas metas. Os recursos, podem ser transferidos para as SMS, conforme definição da Bipartite.

Uma parcela dos recursos componentes do TFAM referem-se à remuneração a prestadores de serviços. A partir da municipalização, o gestor municipal passa a pagar aos prestadores de serviço conveniados. As modalidades de remuneração aos serviços produzidos são: Remuneração de Internações Hospitalares, Remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo e Complexidade, Remuneração Transitória por Serviços Produzidos e Fatores de Incentivo<sup>25</sup> e Índices de Valorização.

A remuneração de Internações Hospitalares consiste no pagamento dos valores que englobam "o conjunto de procedimentos realizados em regime de internação, com base na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), documento este de autorização e fatura de serviços."<sup>25</sup> O mesmo raciocínio pode ser utilizado para a Remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo que consiste no pagamento das Autorização de Procedimento de Alto Custo (APAC), referente a serviços ambulatoriais integrantes do SIA/SUS.

---

<sup>25</sup> NOB/96, p. 22.

A remuneração Transitória por Serviços Produzidos funda-se na remuneração direta, por serviços produzidos, para aqueles municípios ainda não habilitados em nenhuma das formas de gestão da atual NOB ou da NOB 01/93. No caso dos municípios já habilitados, há as transferências de valores fixos, resultados da PPI (Programação Pactuada e Integrada) estabelecida pelos diversos municípios, com supervisão do gestor estadual.

A PPI é uma necessidade para os municípios habilitados. Como estes passam a receber quantias fixas, destinadas a cobrir as necessidades de sua população, são, por outro lado responsáveis pela realização da assistência à saúde de seus munícipes. Se apenas alguns municípios podem oferecer a totalidade dos serviços ambulatoriais necessários, a população precisa se deslocar a outros centros para desfrutar destes serviços.

Isso traz a necessidade de remuneração aos municípios prestadores de serviços. Caso não haja uma compensação financeira, alguns municípios tendem a ficar com um volume considerável de recursos sem que preste serviços suficientes para a população, enquanto que outros ficam sobrecarregados, recebendo o equivalente à sua população e prestando serviços para um número de pessoas superior à sua população.

A PPI é a programação de responsabilidade da secretaria estadual que estabelece a parceria entre os municípios, com o objetivo de dividir serviços, estabelecer competências na realização de ações específicas e definir o funcionamento da rede de atendimento à população, de acordo com a capacidade do município. Além de ser útil para os gestores, a PPI garante o acesso universal aos serviços de saúde.

A partir da feitura da PPI os municípios prestadores de serviços passam a ser remunerados quando prestarem serviços a cidadãos de outros municípios. Os montantes a serem repassados são relativos à totalidade das atividades do SUS, no campo da assistência ambulatorial, assistência hospitalar, visitação domiciliar, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e

programações especiais e específicas destinadas para grupos populacionais e ao controle de doenças endêmicas e epidêmicas<sup>26</sup>.

Isto é importante porque tende a impedir a exclusividade dos serviços para os cidadãos do município. Qualquer brasileiro tem assegurado o atendimento em qualquer lugar do país. Ao mesmo tempo possibilita a especialização dos municípios naquilo que pode oferecer de melhor.

Outro elemento importante na NOB/96 é o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde (FIDEPS) e o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E), ambos com o intuito de estimular os prestadores serviços, cujos critérios e valores devem ser negociados na CIB em cada estado.

Além destas formas de financiamento, existe ainda o custeio das ações da vigilância sanitária, a partir de um valor estipulado, chamado de Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS). Os recursos desse piso são destinados ao custeio dos procedimentos e ações típicas da vigilância, com responsabilidade municipal. O valor do piso também segue o critério populacional, sendo definido em portaria o valor a ser multiplicado pela população do município.

Há uma preocupação em modificar a lógica de transferência de recursos por parte do SUS. Ao propor critérios populacionais e epidemiológicos, com incentivos financeiros aos municípios que obtiverem melhores desempenhos ou investirem nos programas escolhidos como prioritários, a NOB/96 pode estar dando um passo importante para a evolução do SUS.

A forma de remuneração aliás é uma das críticas existentes entre os defensores do SUS como modelo viável para a saúde no país. Segundo CAMPOS<sup>27</sup>, o fato de remunerar pelos serviços prestados, trouxe elementos da lógica de mercado para o sistema, uma vez que os dirigentes locais passam a se preocupar em obter

---

<sup>26</sup> A este respeito, ver documento do Ministério da Saúde, Algumas Questões Básicas sobre o SUS e a Gestão Municipal em Saúde, Brasília, 1996.

<sup>27</sup> CAMPOS, p.101.

um maior volume de recursos, adquiridos a partir de um número maior de procedimentos. Neste sentido há um incentivo a produção apenas de atos bem remunerados e o desestímulo àqueles de custo mais elevado.

Neste sentido é positiva a mudança na lógica de remuneração. Abre-se com ela caminho para transformações mais profundas no atendimento à população. Ao romper com a lógica tipicamente neoliberal de remuneração, o SUS pode estar dando um passo a frente ao implementar tal medida.

### 1.2.3. Controle Social

Um dos aspectos centrais na NOB/96 é a ênfase dada ao controle social, como um dos elementos importantes no processo de municipalização e para o salto qualitativo proposto. A organização da sociedade, inclusive, com poderes e respaldo formais, poderá se constituir numa das bases estruturais de um novo modelo de atenção à saúde.

Esta ênfase ao Controle social é um dos elementos fundamentais na discussão do movimento sanitarista. Segundo CAMPOS<sup>28</sup>, o essencial da concepção sobre participação social foi transformado em lei, embora ainda existam etapas a serem cumpridas para sua devida institucionalização. A aproximação entre beneficiados e prestadores de serviços, com possibilidade de fiscalização e mudanças, quando os serviços não forem prestados de forma satisfatória, é um dos aspectos mais avançados na NOB/96.

O próprio processo de municipalização depende do controle social, não apenas do ponto vista formal, mas principalmente na prática, com a utilização por parte dos municípios dos espaços existentes para o acompanhamento da execução das políticas de saúde municipal. Segundo MENDES, é nos conselhos de saúde que a sociedade vive a relação Estado/população, encontrando ali o

---

<sup>28</sup> CAMPOS, p. 105.

espaço adequado para a construção de sua cidadania<sup>29</sup>. Apenas com a sociedade representada, reivindicando, entendendo o processo por dentro, é que o processo de municipalização poderá avançar, no sentido de enfrentar e superar as resistências naturais criadas pelos grupos beneficiados com os critérios existentes.

Por isso mesmo, ainda segundo MENDES, os conselhos precisam ser institucionalizados, constituindo um sujeito coletivo regular ou contínuo, com poder de influir na gestão e produção das políticas de saúde.

Outro elemento importante é a formação de fundos municipais de saúde, onde são depositados os recursos públicos da saúde no município, que vem a facilitar o acompanhamento por parte dos conselhos. Porém é fundamental que todos os recursos públicos da saúde passem pelo fundo, independente da origem, seja federal, estadual ou municipal e que haja uma prestação de contas mensal por parte do gestor.

A participação da comunidade na gestão do SUS é disciplinada pela Lei N°8.142. O parágrafo 2° do primeiro artigo desta lei, trata sobre o funcionamento dos conselhos de saúde, que reproduzimos abaixo:

“O Conselho de Saúde, em caráter permanente ou deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo”<sup>30</sup>.

Fica clara, na leitura deste parágrafo, a necessidade de participação dos diversos setores envolvidos no setor saúde, com participação ativa dos usuários do sistema. Ao mesmo tempo, vê-se a importância de tal participação, na formulação e no acompanhamento da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

---

<sup>29</sup> MENDES, p. 69.

<sup>30</sup> LEI N°8.142, de 28 de dezembro de 1990. Artigo 1, parágrafo 2.

Trata-se portanto da obrigação dos conselhos verificarem se o planejamento está sendo realizado e, mais do que isto, se os recursos utilizados para tanto estão sendo bem alocados. Abre-se a possibilidade de fiscalização por parte da sociedade, representada no conselho, dos recursos destinados à saúde.

Na experiência concreta, é comum a existência de diversos casos de conselhos que são na verdade a extensão do Poder Executivo, apenas homologando decisões anteriormente tomadas. No processo de consolidação desta modalidade de controle social, é comum as distorções partidárias, clientelistas ou corporativistas de forma a distorcer ou apenas manter a aparência de um conselho mais independente.

Isto, porém, não invalida a idéia e a própria experiência dos conselhos no país. Com a criação e consolidação de diversos conselhos, as boas experiências também acontecem. Segundo MENDES<sup>31</sup> a busca pela capacitação tem feito diversos conselhos a promoverem cursos regulares e de proverem, de forma sistemática, informações necessárias para o exercício do controle social da saúde. Ainda na visão do mesmo autor, este é um processo que, apesar de lento, acompanha uma das tendências universais das reformas sanitárias: o estabelecimento do controle da cidadania sobre os sistemas de saúde.

Ainda na visão de Mendes, algumas ações seriam desejáveis para um pleno exercício da cidadania no campo da saúde. Entre elas, o autor destaca a falta de uma melhor qualidade e representatividade dos conselhos de saúde, aperfeiçoamento da ação do Ministério Público, presença de representantes da população nos conselhos administrativos das unidades de saúde, estatais ou de utilidade pública, criação de ouvidorias independentes em todas as instituições pactuadas com o SUS e introdução de cidadãos nos conselhos corporativos, a exemplo dos conselhos de medicina, odontologia e farmácia, entre outros.

---

<sup>31</sup> Op. Cit., p. 69.

Inegavelmente, apesar das deficiências e do longo caminho a trilhar, é praticamente consensual na literatura que a experiência dos conselhos no Brasil é, mesmo assim, positiva pois abre a possibilidade para a gestão colegiada e formas mais democráticas de gerência. Conforme atesta MENDES<sup>32</sup>, esta forma de atuação social tem crescido, estimando-se que atualmente existam mais conselheiros municipais do que vereadores no país.

Na NOB/96 são postos dois propósitos essenciais à concretização dos planos constitucionais, que são a "consolidação de vínculos entre diferentes segmentos sociais e o SUS e a criação de condições elementares e fundamentais para a eficiência e a eficácia gerenciais, com qualidade."<sup>33</sup>

Existe portanto na NOB a estratégia de participação da sociedade, em suas diversas entidades representativas nas decisões da saúde. Outro elemento importante é a constante fiscalização dos recursos da saúde, o que permite a contínua avaliação sobre o seu funcionamento. Isto muda a estrutura de controle anterior que previa a verificação das irregularidades apenas a partir da análise das secretarias estaduais sobre o faturamento apresentado pelas instituições conveniadas. Caso fosse descoberto algum problema, os procedimentos seriam glosados, sendo apenas pagos os que fossem vistos como corretos, implicando em menores receitas para os prestadores.

Ao consolidar os vínculos entre a sociedade e o SUS, a NOB/96 busca tornar identificável os responsáveis pelas atividades, de forma que a população organizada, vista como instância de poder político-administrativo historicamente reconhecida e legitimada, possa cobrar, fiscalizar e ajudar a traçar as metas. A fim de ampliar a possibilidade de participação, a NOB inclui a possibilidade de organização em diversas instâncias, entre as quais se destacam os conselhos e conferências, que possibilitam a

---

<sup>32</sup> MENDES, p. 69.

<sup>33</sup> NOB/96, item 9.



participação popular nos próprios espaços de atividades periódicas e permanentes.

As conferências são a máxima instância provisória de participação popular. Realizada periodicamente, nelas são colocadas as principais questões do momento na saúde, tendo poder formal de deliberação. Nas conferências as diferentes tendências têm voz, com importantes implicações no rumo a ser tomado pela saúde no país.

Os conselhos constituem um espaço permanente de representação popular, onde a sociedade está representada de forma paritária enquanto usuários do sistema ao lado dos prestadores de serviços de saúde. Nos conselhos está o espaço formal para a discussão sobre as políticas de saúde e sobre o seu andamento. São eles também os responsáveis pela fiscalização dos recursos, um dos instrumentos importantes para a plena realização do controle social.

Outras formas de participação importantes são através do Ministério Público e do PROCON<sup>34</sup>. O Ministério Público tem como função essencial trabalhar em defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis<sup>35</sup>. Através dos promotores e procuradores, o Ministério Público pode ser um meio para negociação de problemas existentes, ou de caminho para o cumprimento das leis, através do acionamento da justiça.

O PROCON é um órgão de defesa do consumidor, disciplinado pela Lei 8.078 de 11 de setembro de 1990, e se responsabiliza pela proteção do consumidor de bens, objetos e serviços. Na saúde, casos de mau atendimentos em hospitais, postos de saúde em precárias condições de funcionamentos, podem ser comunicadas ao PROCON, para que sejam tomadas as providências cabíveis.

---

<sup>34</sup> Sobre o tema, ver BARROS, ELIZABETH. O Controle Social e o Processo de Descentralização dos Serviços de Saúde. In: Incentivo à Participação Popular e ao Controle Social no SUS. Ministério da Saúde. Brasília, 1994.

<sup>35</sup> Segundo a Constituição Federal, artigo 27.

Segundo BARROS<sup>36</sup>, outras duas formas importantes de controle são os conselhos profissionais de categorias, a exemplo do Conselho de Medicina, onde casos de mau atendimentos, erro médico, entre outros, podem ser denunciados. Ainda a mesma autora destaca a possibilidade de denúncias nos meios de comunicação, como forma de instrumento de pressão.

Alguns aspectos importantes sobre o controle social, exercido através dos conselhos de saúde, serão tratados nos capítulos 2 e 3, quando estarão relatadas algumas particularidades do trabalho de fiscalização dos recursos do Fundo Municipal, e da própria análise destas informações, referentes a Campina Grande.

#### 1.2.4. Críticas à NOB/96

O caminho percorrido pelo SUS não é único nem pacífico, nem tampouco resultado apenas de normas, portarias ou decisões governamentais. Os diferentes grupos de interesses e pressões se fazem representar no Governo e no Congresso, nos diversos atos e decisões. Neste momento de crise, em que constantemente a viabilidade do sistema é questionada, principalmente pelos porta-vozes das diferentes corporações, diversas propostas começam a aparecer, algumas já aplicadas em municípios importantes, como é o caso do PAS (Plano de Assistência à Saúde) em São Paulo. As críticas e resistências a diferentes aspectos do SUS aparecem oriundas de diversos partidos e tendências da sociedade. A seguir serão mencionadas algumas das principais discussões sobre a proposta atual do SUS.

Segundo CAMPOS, apesar dos esforços presentes nas diversas normas do Ministério da Saúde, "o perfil de financiamento do SUS ainda reflete a hegemonia da política neoliberal".<sup>37</sup> Isto pode ser comprovado através da observação do uso dos recursos, que ainda

---

<sup>36</sup> BARROS, p. 37.

<sup>37</sup> CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma da Reforma - Pensando a Saúde, Hucitec., 1997.

hoje privilegia os serviços conveniados de caráter privado, enquanto que o serviço público, de caráter mais preventivo fica com a menor parte.

O fato de ainda o SUS remunerar os prestadores pelo volume de procedimentos realizados, é outra das contradições do processo. Ao estabelecer este critério, o SUS desenvolve a lógica liberal, em que apenas os procedimentos mais lucrativos são estimulados e realizados, em detrimento daqueles em que a tabela de procedimentos remunera menos. Segundo CAMPOS, "isto estimula que o dirigente local adote uma racionalidade semelhante à que preside os hospitais privados quando se relacionam com o SUS."

Isto acontece, segundo o mesmo autor, devido ao ambíguo processo de municipalização, que transferiu desordenadamente funções para as esferas estadual e municipal, sem nem sempre existir a contrapartida financeira por parte do governo federal. Além disto, considerando o município não ter plena capacidade de gestão do seu modelo de saúde, contribui para que o modelo neoliberal predomine. Outrossim em algumas cidades nem sequer a atenção básica tenha sido unificada, é um empecilho a consolidação do SUS.

Os interesses do chamado complexo médico-industrial são a explicação de FEGHALI<sup>38</sup>, para a presença da lógica neoliberal no financiamento do SUS. Para ela, o Brasil se enquadra dentro da lógica do Banco Mundial, que preconiza a criação de uma cesta básica da saúde, composta de alguns procedimentos vinculados à atenção básica a serem oferecidos pelo Estado, ficando os procedimentos de média e alta complexidade sob responsabilidade da medicina privada, com pagamento particular por parte de seus usuários.

Trata-se, segundo a mesma autora, de trazer para o Estado apenas aquelas funções pouco atrativas à iniciativa privada. Como o Estado neoliberal tem que ser o mínimo, a ação social estatal é estimulada apenas quando não há interesse para o setor privado.

---

<sup>38</sup> Op. Cit. P. 7.

Seria, nas palavras de PINOTTI<sup>39</sup>, a "criação de uma saúde pobre para os pobres" e de outra mais sofisticada voltada para as classes sociais mais abastadas.

De acordo com FEGHALI, desde 1990, o Banco mundial tem formulado políticas na área social para os países em desenvolvimento. O relatório de 1993 é destinado à área de saúde, tendo como objetivo "o combate à pobreza e incluindo o atendimento à saúde como parte dessa estratégia". Segundo as diretrizes traçadas, estão as de:

- Colocar mais critérios para os gastos com a saúde;
- Reduzir o dispêndio estatal com o tratamento terciário e tratamentos especializados;
- Financiar e garantir a implementação de um pacote de serviços clínicos essenciais pelo menos para os pobres;
- Garantir um pacote de intervenções de saúde pública, a exemplo de vacinas, prevenção da AIDS, epidemias, poluição ambiental, ente outros.<sup>40</sup>

Claramente, isto significa a estratificação dos serviços prestados, ficando sob responsabilidade do governo apenas uma parte dos serviços que seriam prestados às classes mais baixas. Deixaria assim o sistema de ser universal, atendendo, portanto, à lógica de um Estado mínimo e não conflitante com a iniciativa privada, mas antes auxiliar àquela.

Segundo FEGHALI, é esta a lógica principal da NOB/96. Neste sentido, o PAB não seria outra coisa senão o equivalente local da cesta básica do Banco Mundial. Isto se dá, segundo a referida autora, porque "O PAB não prevê gastos com os tratamentos e cirurgias complexos, o que acabarão sendo repassados das redes de atendimento das prefeituras para as do governo estadual e, conseqüentemente, comprometerão ainda mais suas finanças"<sup>41</sup>.

---

<sup>39</sup> Saúde Pobre para os Pobres, sem maiores referências.

<sup>40</sup> Resumo do texto de FEGHALI, p. 8.

<sup>41</sup> Idem, p.10.

Embora a NOB/96 não tenha ainda desencadeado a totalidade de suas normas, sendo algumas alvos de infindáveis disputas entre grupos de interesses, tendo portanto desfechos ainda imprevisíveis, a última afirmativa da autora parece equivocada. O PAB não traz consigo gastos especializados porque não foi criado para este fim. Visto como caminho para modificar a atenção básica à saúde, apenas com sua implementação, incluindo os programas PSF e PACs é que obterá êxito. Os demais procedimentos continuam garantidos pelo SUS, porém com a tendência de serem acessíveis à população apenas sob advertência dos médicos vinculados aos postos de saúde, recomendados como único caminho para a entrada no sistema de saúde.

Por outro lado, não parece completamente descabido o receio da autora sobre o futuro do SUS. A lentidão em que avança o processo de municipalização demonstra o conflito existente no governo federal, oscilante entre diversos grupos de pressão, o que provoca indefinições e recuos. Apesar disto, pode-se dizer que no campo das normas, os avanços são inegáveis. É válido manter o alerta, presente em FEGHALI, de uma possível estratégia visível de transferir o fornecimento de serviços de saúde potencialmente lucrativos para o setor privado, deixando para o Estado os procedimentos de baixo custo ou não lucrativos. Ainda segundo a referida autora, o Estado ao agir assim estaria concedendo benefícios e não fazendo valer os direitos dos cidadãos.

Tal visão sobre o PAB leva a autora a condenar o PSF, visto então como um programa insuficiente, ou como uma das formas utilizadas pelo governo para levar uma estratégia pobre à população. Segundo sua concepção, o programa não é mais a porta de entrada, o espaço primário de atendimento, que serve de caminho, quando necessário, para os atendimentos secundário e terciário; mas, antes esgota-se em si mesmo, ao ser a única instância pública para resolução dos problemas. A crítica da autora ao PAB impede, inclusive, de ver as possibilidades de transformações inerentes aos programas PSF e PACS.

Tal caminho é o percorrido por BUENO e MERHY<sup>42</sup> que também associam a NOB/96 à estratégia neoliberal do governo. Chegam a concluir que "apostar na NOB 96 em termos de modelo de atenção e gestão do sistema, é apostar no projeto neoliberal de reforma do Estado"<sup>43</sup>.

Daí, não custa muito para ver o PSF e o PACS, partes integrantes do PAB, serem componentes da cesta básica oferecida "para os cidadãos mínimos", ao passo "que dá liberdade para o setor privado crescer na ausência do público como prestador de assistência hospitalar e especializada."<sup>44</sup> A prioridade do governo federal pelo PSF e PACS é, segundo os autores, contraditória à idéia de gestão plena. Uma gestão plena em que o gestor não possa sequer traçar os objetivos gerais de trabalho é uma afronta a própria autonomia dos municípios.

Cidades a exemplo de Brasília, com dez hospitais, mais de quarenta centros de saúde e aproximadamente quinze mil trabalhadores da saúde estariam portanto condenadas. Para os autores, o PSF não teria impacto algum e nem mesmo seria necessário em cidades com essa estrutura.

Outro problema importante visto pelos autores é a criação do cartão SUS. Segundo eles, a partir da instituição deste mecanismo de identificação do cidadão, o SUS estaria criando maneiras de impedir o acesso a alguns serviços considerados importantes.

Mais uma vez, tal interpretação da NOB parece carecer de um melhor entendimento da norma. A utilização do cartão SUS além de um instrumento precioso para a criação de um banco de dados sobre a saúde pública nacional, poderá ser importante na construção da PPI nos estados.

Quanto ao PSF, é importante ressaltar que este programa, com lógica e características próprias, já é realidade em países como

---

<sup>42</sup> Em "Os Equívocos da NOB 96: Uma Proposta Em Sintonia Com os Projetos Neoliberalizantes?"

<sup>43</sup> Op. Cit. p. 4.

<sup>44</sup> Idem, p.4.

o Canadá e Cuba. Também que, segundo MENDES<sup>45</sup>, "os países com melhor distribuição de renda são os que orientam seus sistemas para a atenção primária e oferecem serviços de saúde de forma mais eqüitativa." Nestes países já foi descoberta a importância da atenção primária (mesmo que não conte com o PSF), capaz de fazer o primeiro contato com o indivíduo e acompanhá-lo ao longo do tempo, independentemente se vítima de enfermidades ou não.

Isso leva, na visão de BUENO e MERHY, a distorções no caminho a ser percorrido. Em virtude da diferenciação salarial do PSF, experiências de terceirização dos sistemas, a exemplo do que ocorreu em São Paulo, com a criação do PAS, podem ser estimuladas, marchando à contramão do processo.

Por outro lado, segundo CAMPOS, existem aspectos positivos no processo de municipalização. O fato de os municípios irem tendo progressivamente uma relativa autonomia, cria as condições para "a construção de experiências diferentes, conforme uma linha política de cada governo local, o quadro epidemiológico (...), a sua disponibilidade financeira", entre outros aspectos. Haveria assim, um desenvolvimento heterogêneo das regiões, comandadas por uma matriz única, responsável por um projeto maior comum, instituído SUS.

Além disso, a partir da criação de novas formas de repassar recursos, por critérios populacionais ou epidemiológicos, por exemplo, o SUS viabiliza o novo papel a ser desempenhado pelos postos de saúde. Isto é importante porque os postos ao deixarem de ser remunerados pela quantidade de procedimentos realizados, poderão se preocupar com uma ação mais estratégica, preventiva, distante das preocupações meramente econômicas, comuns na atual lógica.

Porém, o predomínio dos postos de saúde como porta de entrada e responsáveis pelos procedimentos de caráter preventivos, ainda está longe de chegar. Outras alternativas sugerem a falência da atual estrutura do SUS e sua substituição por outro sistema que

---

<sup>45</sup> Uma Agenda para a Saúde, p. 275.

seja baseado em cooperativas médicas de saúde. Segundo MEDICI, "a resolução dos problemas de saúde no Brasil passa, portanto, pela consciência de que não cabe em nossa formação social um sistema único de saúde."<sup>46</sup> Segundo o referido autor, um dos motivos para o fracasso do SUS estaria no fato da distância, entre o produtor dos serviços, o consumidor final e o financiador. Isso facilita as fraudes por parte dos prestadores e faz com que a ineficiência dos serviços não possa ser questionada pelos usuários.

A proposta encabeçada na literatura por MEDICI<sup>47</sup> difere das demais por causa do reordenamento do SUS. Segundo ele, um dos maiores problemas do atual estágio do SUS é que o prestador do serviço está distante do pagador. Entre o governo federal e os prestadores existe a população beneficiada, que não possui mecanismos de controle dos serviços.

O problema é que o SUS mantém uma estrutura de serviços baseado na oferta. Assim, garante-se a oferta de todos os serviços, sem que possam ser questionadas a eficácia e a viabilidade de tal modelo. Um sistema deste tipo possui graves problemas, entre os quais, as dificuldades de estabelecer mecanismos de controle que favoreçam a transparência do sistema, o que estimula o nepotismo e a falta de mecanismos de avaliação e regulação.

Apenas com o rompimento da estrutura que leva a um terceiro pagador é que se poderá ter um modelo eficaz de atenção à saúde. Segundo o mesmo autor, "a resolução dos problemas de saúde no Brasil passa, portanto, pela consciência de que não cabe em nossa formação social um sistema único de saúde". Para tanto, há a necessidade de se estruturar a saúde pela ótica da demanda, o que levaria a resultados e controles mais eficazes.

Em síntese, a proposta que tem cunho nitidamente neoliberal, pois atribui as maiores virtudes ao mercado, mesmo na área de saúde, seria a de criar unidades chamadas de OMS, ou Organização

---

<sup>46</sup> MEDICI, André Cezar. A Economia Política das Reformas de Saúde, p. 15.

<sup>47</sup> Idem, p. 15.



Mantenedora de Serviços de Saúde. Cada indivíduo estaria vinculado a OMS de seu agrado e estas receberiam do governo um valor mensal por associado. Seria criada uma lista com os procedimentos a serem desempenhados pela OMS, incluindo níveis primário, secundário e terciário e atenção odontológica básica. Cada indivíduo escolheria uma OMS que serviria a si e sua família durante o período mínimo de um ano. A OMS conveniaria uma rede de postos, hospitais, clínicas e laboratórios que lhe prestaria serviços. Haveria um interesse em que as ações básicas de saúde fossem priorizadas, para que os procedimentos mais complexos fossem utilizados apenas em casos mais graves e estritamente necessários.

Neste aspecto, há uma aproximação entre o modelo proposto e o que o Ministério da Saúde tem disciplinado para o SUS, pois o plano de atenção contínua para os indivíduos parece com a idéia do PSF. A diferença maior é a abrangência dos dois modelos. Pela concepção proposta por Medici, os membros de classes mais abastadas passariam a pagar pelos serviços, assumindo o Estado o pagamento apenas das classes sociais menos favorecidas.

Isso significa o abandono do caráter universal inerente ao SUS. Com esta proposta, o governo garantiria um pacote, para apenas parcela da população. Uma questão importante e que passa pela problemática atual do SUS é sobre qual seria o tamanho do pacote, sua abrangência, se viria a ser um pacote parecido com a cesta básica mínima do Banco Mundial ou algo mais abrangente e estratégico. Ao trazer o modelo de economia de demanda para a saúde, estaria também facilitando o controle, uma vez que aquelas OMS que não funcionassem suficientemente bem seriam descartadas pelos seus associados, que teriam liberdade para procurar outra do seu agrado.

Tal modelo implica, porém, em profundas modificações na lógica atual, com resultados incertos, uma vez que tanto pode se transformar na cesta básica, temida por Feghali e outros autores, ou mesmo escravizar todos os procedimentos à lógica mercantil. As OMS tenderiam a realizar apenas aqueles procedimentos vistos como

lucrativos; havendo, portanto, a possibilidade de quantidade considerável de exames e procedimentos necessários, porém sofisticados, a ponto de não serem necessários. A lógica mercantil seria então sublimada, em detrimento da própria lógica preventiva, que compreende a saúde como algo mais amplo.

O modelo proposto por Medici aproxima-se do PAS, aplicado no município de São Paulo. Três anos após sua implantação, a avaliação hoje do próprio governo é negativa, uma vez que o sistema se tornou oneroso e de baixo retorno do ponto de vista de resolubilidade e satisfação por parte da população beneficiada<sup>48</sup>. Durante o período experimentado, tornou-se comum as denúncias de superfaturamento nas compras, favorecimento a empresas pertencentes aos dirigentes dos módulos e falta de concorrência pública. Como projeto, a tendência do PAS é se tornar apenas mais uma experiência fracassada na área de saúde.

Mas a maior razão, a nosso ver, da inviabilidade desta mudança proposta, é que transformações até mais significativas podem ocorrer, sem que o SUS precise ser relegado. Como se viu na seção 1.1., a aplicação da NOB/96 já implica em importantes transformações, sem se envolver no aumento de custos, ou renúncia ao SUS enquanto sistema único.

A leitura da NOB/96 e sua aplicação já não é por si um processo fácil. De um lado as interpretações equivocadas e críticas apressadas ganham corpo e encontram espaço para sua difusão e por outro as resistências são muito fortes. Não é difícil observar que ao fortalecer a assistência básica, enquanto porta de entrada ou único tipo de contacto primário com o indivíduo, tenderá a haver uma queda na demanda por hospitais e procedimentos especializados. Isso não significa em si uma opção por uma medicina pobre ou uma renúncia à tecnologia aplicada em prol do homem, mas apenas uma preocupação com o indivíduo como um todo, que só procura esses serviços e estabelecimentos nos casos realmente necessários.

---

<sup>48</sup> Informação colhida na revista Isto É, 25/02/1998.

Outro aspecto importante é que, de acordo com o tipo de PPI (Programação Pactuada e Integrada) acertada, conjuntamente com uma central de consultas, poderá haver um controle das fraudes existentes no sistema hospitalar. Segundo SILVA<sup>49</sup>, haverá uma perda para o setor hospitalar se este não puder mais ser uma das portas de entrada do sistema, pois

“Os hospitais funcionam como centros de triagem, uma espécie de garimpo daquilo que é mais lucrativo à rede hospitalar, constituindo-se numa verdadeira alquimia para produzir lucros. Some-se a este processo a manipulação diagnóstico-terapêutica de produzir procedimentos incompatíveis com a realidade do doente, bem como o grande número de internações em unidades de terapia intensiva, consequência de diagnósticos manipulados que se materializam numa verdadeira cultura de fraudes”.

Mais do que inibir fraudes, é importante que a população tenha, à sua disposição, atendimentos e acompanhamentos dignos, que melhorem a qualidade de vida. Caso haja interesse de fato por parte dos atores competentes, o atual processo de municipalização, com a ênfase na atenção básica e a remuneração por habitantes e desempenho, pode ser viável.

Revolucionária, segundo alguns, ineficiente e até falida segundo outros, a estratégia do SUS, normatizada pela NOB/96 é a oficial, aplicada no Brasil na atualidade. Ao eleger a atenção básica a partir de programas como o PSF e o PACS, a NOB/96 disciplina os caminhos para a mudança.

Como mostraremos no caso de Campina Grande, embora o caminho trilhado até agora pelo SUS seja contraditório, nas propostas predominantes no Ministério da Saúde existe um modelo coerente e possivelmente viável para a atenção à saúde, que pode ser viabilizado e predominante no país. Sem precisar fugir de sua rota, embora que com algumas grandes mudanças a serem realizadas no caminho percorrido, o SUS poderá vir a ser eficaz, trazendo à população o atendimento necessário.

---

<sup>49</sup> SILVA, Edmilson Guimarães da. Op. Cit., p.65.

### **1.3. PSF e PACS: lógica de funcionamento e de financiamento dos programas prioritários de atenção básica**

Conforme vimos no capítulo anterior, a NOB/96 coloca para o PSF um papel fundamental, sendo um dos responsáveis maiores pela modificação da lógica de atendimento à saúde. Ao eleger a atenção básica como responsável pela "revolução da saúde", anunciada pelo ministro Carlos Albuquerque, o PSF ganha destaque por ser um dos elementos mais eficazes na atenção básica.

Na verdade, segundo MENDES, embora a sigla PSF já seja comum no Brasil, além de ser uma marca positiva para a saúde da família, chamá-lo de programa é um equívoco. Trata-se de algo mais amplo que isto, uma estratégia organizativa da atenção primária, o que implica na "negação de algumas versões comumente encontradas."<sup>50</sup> O PSF portanto não surge para ser um programa isolado, complementar as atividades, nem tampouco para ser uma estratégia paralela de organização. É criado portanto para ser a estratégia a partir da qual será organizada a atenção básica, modificando a realidade, e não para servir como experiência piloto, isolada do conjunto. Surge para ser o novo eixo estrutural da saúde.

Segundo MENDES, a ênfase na atenção primária através do PSF difere da simples delegação aos centros de saúde como portas de entrada do sistema. Os centros de saúde transformaram-se em centros de doença, por seguirem simplesmente a lógica hospitalocêntrica, ou meramente curativa. Os centros tradicionalmente atuam a jusante, "quando já se perdeu a saúde e que é pressionado pela concentração da demanda em hospitais e unidades especializadas."<sup>51</sup>

O PSF consagra-se como transformador por possuir princípios organizativos que levam a isto, citados por MENDES, entre os quais destacamos: impacto, orientação por problemas,

---

<sup>50</sup> MENDES, Eugênio V. Op. Cit. P. 273.

<sup>51</sup> Idem, p.275.

intersectorialidade, planejamento e programação local, hierarquização, primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, adstrição, co-responsabilidade, humanização, heterogeneidade e realidade. Abaixo, será apresentado um resumo sobre os significados desses princípios:

**Impacto:** Refere-se às mudanças quantitativas e qualitativas na saúde da população, resultantes dos serviços de saúde.

**Orientação por problemas:** Há uma busca pela identificação e posterior combate às causas dos problemas, trazendo assim o impacto desejado nos níveis de saúde.

**Intersetorialidade:** Refere-se ao conceito mais amplo de saúde existente no PSF. Como o programa não pode resolver sozinho as ações que envolvem a saúde, a exemplo de segurança, moradia, saneamento, há a necessidade de interagir, buscar parcerias para as resoluções. Para o programa especificamente, propõe-se um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um agente comunitário de saúde para cada cento e cinquenta famílias adstritas. Há claramente a necessidade de se criar parcerias com odontólogos, psicólogos, assistentes sociais, entre outros. Também existem ações do PSF no sentido de obter um telefone público para dada localidade, já que esta conquista é vista como importante para a melhoria da qualidade de vida de uma localidade.

**Planejamento e Programação Local:** É fundamental que haja um planejamento com a finalidade de obter mudanças concretas na saúde da área atendida.

**Hierarquização:** Diz respeito à definição de competências e dos casos em que o PSF não consegue obter resolução do problema. Como foi dito, o programa interage com estágios secundário e terciário de atenção à saúde. Isto quer dizer que alguns casos podem não ser satisfatoriamente resolvidos no âmbito do PSF, sendo necessários exames e clínicas especializadas para o pleno êxito do problema. As equipes do PSF funcionam como porta de entrada, mas, por si só, não resolvem todos os problemas,

encaminhando o que for necessário, para outros estágios de atenção.

**Primeiro Contato:** Como foi destacado no item anterior, o PSF é o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde. Disto conclui-se que, em tese, os indivíduos não deveriam ser atendidos nos níveis secundário e terciário sem que antes passassem e fossem indicados por médicos do PSF.

**Longitudinalidade:** Um dos princípios fundamentais do programa, que garante cuidados contínuos ao longo do tempo, contrapondo-se assim à atenção ocasional. Existe a preocupação em se promover a educação contínua da população atendida, indo além da mera informação sobre saúde, mas trabalhando também com a formação. Para isto, é fundamental a integração do programa com as universidades.

**Integralidade:** Outro dos princípios mais importantes do programa. Traz como serviços componentes do programa as ações promocionais, preventivas e curativo-reabilitadoras. Ao se preocupar com a integralidade, o programa busca o indivíduo na família, no trabalho, no meio ambiente em que vive e no espaço social em que se insere. Há, portanto, a garantia de uma atenção integral nas especialidades básicas de saúde à população, no domicílio, ambulatório e hospital.

**Adstrição:** Princípio que garante uma base territorial objetiva para a equipe. Isto é importante para possibilitar um melhor acompanhamento, personalizado e ao mesmo tempo contínuo. No Brasil o PSF atende entre seiscentas a mil famílias, sendo que para cada 150 existe um agente comunitário de saúde.

**Co-responsabilidade:** Há uma imediata identificação por parte da sociedade em relação à responsabilidade sobre o uso dos recursos da saúde. Na visão de Mendes, nas áreas beneficiadas pelo programa, a população deve reconhecer nos serviços de saúde da família seus serviços. Ao mesmo tempo, a equipe do programa deve perceber na população a sua própria população, criando-se assim um sentimento de parceria. Há assim uma preocupação com o controle social, podendo ser exercido aqui com melhor resultado

do que no restante da rede de atendimentos, uma vez que estando perto da clientela, a equipe poderá ser cobrada, já que a população conhece quem presta os serviços. Nos casos em que a equipe é contratada por associações de moradores, caso de Campina Grande que será analisado no capítulo 4, o controle tende a se dar de forma ainda mais eficaz, uma vez que o empregador direto é a própria comunidade. A eficácia de tal controle depende evidentemente do grau de mobilização da comunidade, de sua consciência sobre a amplitude do programa e da necessidade de fiscalização e acompanhamento dos recursos públicos. Isso pode implicar em substituição de profissionais quando o rendimento for considerado insatisfatório, ou mesmo de um novo direcionamento de prioridades, quando for o caso.

**Humanização:** Neste princípio é destacada a vocação humanística do PSF, vendo a pessoa de forma mais personalizada e humana, em vez de números, estatísticas, ou mesmo partes isoladas e inertes de um todo misterioso.

**Heterogeneidade:** Como a realidade está em permanente construção, garante-se por este princípio a pluralidade na busca de soluções.

**Realidade:** O programa deve trabalhar de acordo com os recursos objetivos, existentes em uma dada realidade. Não deve haver precondições para o seu desenvolvimento.

Outro aspecto importante na discussão do programa é o da formação de profissionais preparados e incutidos com seus princípios. Para MENDES, para que as universidades sejam estimuladas a criar disciplinas, especializações e até residências obrigatórias na área, faz-se necessária a decisão política de pagar salários dignos aos profissionais. Isto significaria a instituição de um mercado atrativo, em movimento e com futuro garantido.

Conforme foi visto no item 1.2.2., existem incentivos especiais ao PSF. Em Portaria de N° 157, o Ministério da Saúde disciplinou os valores de incentivos ao programa. Segundo esta norma, os valores a serem recebidos por equipe, dependem apenas

do valor do PAB do município. Assim, para municípios em que o PAB for entre dez e doze reais, o incentivo será de R\$21.000,00 anual. Para os municípios de PAB maior ou igual a doze reais e menor que quatorze reais, o incentivo será de R\$19.000,00 anual. Da mesma forma, os municípios com PAB maior ou igual a quatorze reais, terá incentivos anuais de R\$17.000,00. Por fim, os municípios com PAB maior ou igual a dezesseis reais, o incentivo será de R\$15.000,00 ao ano.

Busca-se desta forma, evitar uma grande concentração de recursos em municípios já privilegiados pelo alto valor do PAB recebido. Importante salientar que o MS não visa com a criação deste incentivo a auto-suficiência do programa. Os recursos para o seu financiamento devem vir da parte fixa do PAB, que engloba valores destinados para atendimentos básicos da mesma natureza daqueles executados pelas equipes do PSF. O incentivo serve como uma complementação, que deve ser usado para investimentos extras, para o próprio desenvolvimento do programa.



## **II – ASPECTOS METODOLÓGICOS DO TRABALHO: DA AÇÃO DE ACOMPANHAMENTO DO FMS À SISTEMATIZAÇÃO CIENTÍFICA DOS DADOS**

Desde já serão tratados de alguns aspectos metodológicos da dissertação, relativos ao trabalho de coleta de dados realizado na Secretaria Municipal de Saúde, o qual só foi possível porque esteve vinculado à fiscalização das contas do Fundo Municipal de Saúde (FMS), efetuada pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS). Sendo tanto o autor como o orientador da dissertação membros do CMS e da Comissão Fiscal deste conselho, foi possível unir as duas tarefas, no intuito de obter os dados.

Nas seções a seguir, será feita uma reflexão a respeito dos principais aspectos metodológicos do trabalho de fiscalização e coleta de dados. Foi necessário um capítulo especial para estes aspectos, pois eles tomaram um tempo importante do trabalho, que extrapolou o prazo previsto para a conclusão, em razão das diversas dificuldades encontradas, de ordem técnica e política. Além disto, ao que parece, este é um dos primeiros trabalhos realizados por conselhos na Paraíba.

### **2.1. *Especificidades da concomitância da pesquisa e da ação em relação à saúde coletiva***

O trabalho de coleta de dados para este trabalho, foi realizado conjuntamente com a Comissão Fiscal do Conselho Municipal de Saúde, encarregada de fiscalizar as contas do Fundo Municipal de Saúde, referente ao período compreendido entre 1995 a 1998. Sendo o autor membro da referida comissão e havendo a necessidade de realização de ambas as tarefas, as atividades foram vinculadas, de forma que o trabalho científico fosse reciprocamente auxiliado pelo trabalho de verificação.

A feitura de um trabalho de pesquisa-ação possui peculiaridades, especialmente quando combinadas com um trabalho

de fiscalização, cujas pessoas, que detêm as informações, são ao mesmo tempo questionadas sobre a lisura das informações prestadas. Segundo SELLTIZ (et al.)<sup>52</sup> em pesquisas deste tipo é fundamental que haja cooperação por parte das pessoas envolvidas. No caso da fiscalização, há naturalmente uma certa resistência natural por parte do corpo técnico da secretaria, uma vez que é a coerência dos resultados de suas obrigações que está sendo verificada, ao mesmo tempo em que se trata de um trabalho pioneiro no estado e de abrangência ainda não conhecida no país.

Desta forma, é fundamental o convencimento dos técnicos sobre a necessidade da realização do trabalho e que o seu resultado poderá trazer melhorias do ponto de vista de atendimento à população. Por outro lado os interesses pessoais, o medo diante das mudanças e a existência de irregularidades fazem com que alguns dos servidores fiquem receosos, a ponto de sonegarem ou distorcerem informações, fato corriqueiro durante o período de estudo.

Isto fez com que o trabalho sempre fosse firmado na cautela, discricão, objetividade (nem sempre possível, vez que se trabalhava com uma realidade ainda pouco conhecida) e impessoalidade. O fato de o pesquisador e de o orientador não pertencerem profissionalmente ao sistema, sendo apenas representantes de usuários, nem estarem interessados no beneficiamento de grupos específicos, foi fundamental. Também foi importante o fato de ambos prestarem serviço de caráter social e voluntário, e portanto não receberem remuneração pelos serviços prestados no CMS, isentou-os da suspeita de obterem proveitos pessoais neste processo. São diversos os elementos em jogo, representados pelos diferentes atores, a exemplo de servidores da saúde (por sua vez com interesses também diferentes, dependendo do nível de instrução ou do tipo do trabalho desempenhado), donos de hospitais, médicos, equipes do PSF (vista aqui como uma categoria específica, vez que possui um vínculo especial com a

---

<sup>52</sup> Método de Pesquisa nas Relações Sociais, p. 516.

secretaria da saúde), gestor municipal e equipe técnica da secretaria, entre outros.

Isto não implica obviamente em isenção integral do autor em relação ao objeto em estudo. Membro do CMS como representante do movimento de defesa dos direitos humanos, o autor é um dos representantes de usuários, o que implica em assumir principalmente, embora não exclusivamente, a defesa dos usuários do SUS e tratar as questões de saúde por esta ótica. Isto nos coloca numa perspectiva distinta da que é defendida por algumas classes, a exemplo dos donos de hospitais e profissionais da saúde.

Durante esta etapa algumas dificuldades de naturezas técnica, metodológica e política foram freqüentes, dificultando a realização dos trabalhos. Isto fez com que a etapa de coleta de dados extrapolasse o tempo previsto para a conclusão, de quatro para sete meses. Esta etapa foi fundamental para a realização das análises presentes nos capítulos a seguir.

A ausência de informações sistematizadas sobre os recursos da saúde em Campina Grande foi um principais problemas vivenciados pelo Conselho Municipal em épocas passadas. O trabalho desempenhado pela Comissão Fiscal foi o primeiro a obter de forma sistematizada uma série de dados sobre os recursos da saúde no município, após um longo período de resistências por parte da SMS e aprendizado por parte dos conselheiros.

Neste sentido, tem sido fundamental as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, no sentido de divulgar as mais diversas informações, que incluem aspectos financeiros, epidemiológicos e jurídicos, entre outros, sistematizadas a partir de 1994. Na atualidade, via internet ou CD-ROM, esses diversos dados são facilmente acessados.

Além disto, como requisito para habilitar-se a uma das formas de gestão, os municípios precisam enviar periodicamente para o Ministério da Saúde algumas informações, consideradas fundamentais, e têm a obrigação de tornar públicos os extratos da conta bancária do Fundo Municipal de Saúde.

Em Campina Grande as informações a respeito do Fundo Municipal só eram acessíveis através dos balancetes contábeis mensais, enviados ao Conselho pela Secretaria. Como parte das informações são de interesse gerencial e não se encontram nos balancetes, apenas com a negociação do Conselho com a Secretaria é que elas vem sendo liberadas para verificação.

O fato de haver pesquisadores disponíveis para executar a fiscalização, inclusive dedicando-se integralmente a este trabalho, foi importante para os avanços da Comissão Fiscal do Conselho. Embora o trabalho não tenha sido concluído no prazo previsto, vê-se que foram dados passos importantes e firmes, no sentido de um acompanhamento mais freqüente e sistematizado das contas da saúde.

O inverso também é correto. A etapa de fiscalização dos recursos executada pelo Conselho foi fundamental para a realização deste trabalho de dissertação. Algumas informações essenciais para a análise que nos propusemos, a exemplo dos recursos do PSF, PACS, Prestadores de Serviço e Gratificações pagas pelo sistema, só se tornaram acessíveis devido a ação legítima do Conselho de Saúde. Os dados obtidos, principalmente aqueles referentes ao ano de 1997, foram fundamentais para uma análise mais precisa sobre o Fundo Municipal de Saúde, objeto deste trabalho nos capítulos 3 e 4.

## **2.2. O papel do controle social e do acompanhamento do FMS**

Um dos aspectos centrais da NOB/96, conforme foi visto no capítulo anterior é o controle social, que deve ser efetuado pela sociedade organizada. Os conselhos de saúde são um dos instrumentos importantes de participação popular, com âmbito nacional, estadual e municipal. Como forma de dar respaldo ao papel dos conselhos, a NOB/96 condiciona as principais decisões sobre saúde no município à aprovação por parte do Conselho

Municipal e, em alguns casos, também aos conselhos estadual e federal. A entrada de cada município na gestão plena da saúde só é possível se for comprovada a existência efetiva de conselho no município e se este aprovar a própria municipalização.

Vêm-se que os conselhos são um espaço privilegiado de participação da sociedade, nas principais decisões da saúde. Legalmente, os conselhos são formados, de maneira paritária, por representantes de usuários e prestadores de serviço na área da saúde. Isto objetiva dar um equilíbrio entre as forças que o compõem, tornando-o de fato um espaço democrático, cujos diferentes atores possam decidir o rumo da saúde no espaço de competência.

Apesar da paridade garantida, a experiência do Conselho em Campina Grande tem demonstrado que existem dificuldades para que os diversos segmentos tenham de fato um papel ativo nas discussões da saúde. Em artigo publicado no Diário da Borborema<sup>53</sup>, o então vice-presidente do Conselho José Heleno Rotta coloca algumas das dificuldades encontradas no mandato que então se encerrava.

Afirma ROTTA que a paridade não garante por si só um equilíbrio adequado ao funcionamento do Conselho, uma vez que pelo lado dos profissionais da saúde existem profissionais qualificados, remunerados para exercerem funções ligadas diretamente à saúde, enquanto entre os usuários não existe sequer um projeto comum. Existe entre os usuários um natural despreparo para tratar das questões de saúde, além de falta de conhecimentos técnicos e não disponibilidade de tempo necessário para participar eficientemente das tarefas do Conselho. Ainda segundo ROTTA, apesar disto não seria desejável a remuneração dos conselheiros mais engajados, porque a profissionalização poderia ser perigosa, sendo mais desejável a prática social e o aprendizado coletivo, que contribuirá para o avanço do Conselho em sua totalidade.

---

<sup>53</sup> Prestando Contas. Diário da Borborema, 28 de fevereiro de 1997.

Ainda segundo ROTTA existe uma enorme distância a ser percorrida, para que o controle social exercido pelo Conselho seja feito de forma eficaz. Com a preparação e vivência dos conselheiros, representantes dos usuários, ficará mais clara a distinção entre as questões que envolvem a saúde da população e a saúde do sistema. Freqüentemente são discutidos no CMS problemas relativos à saúde do sistema, geralmente relacionados apenas aos proprietários ou profissionais envolvidos na questão. Embora seja importante também o posicionamento do conselho frente a estas questões, muitas vezes a questão particular não é fundamental para a saúde da população. Falta, em alguns casos, uma visão estratégica de saúde, principalmente por parte dos usuários, o que contribui para que alguns embarquem em defesas específicas a projetos até contraditórios, em relação à estratégia geral do SUS.

O CMS tem como uma de suas responsabilidades o controle do Fundo Municipal de Saúde (FMS). Este é composto pelas contas bancárias especiais onde devem ser depositados todos os recursos destinados ao setor saúde; seja federal, estadual ou municipal, além de doações e rendimentos. O montante de recursos que compõe o FMS só pode ser despendido em saúde.

O FMS deve ser criado por lei municipal e serve como instrumento de planejamento e controle<sup>54</sup>. É utilizado no planejamento, uma vez que o gestor detém as informações sobre os recursos disponíveis para as ações e serviços necessários. Serve como controle porque em uma única conta estão todos os recursos ligados à saúde, facilita o acompanhamento permanente sobre as fontes de receita e as despesas realizadas, além dos rendimentos das aplicações financeiras. Os extratos da conta bancária devem sempre estar à disposição do Conselho de Saúde, da população e dos gestores.

Ao ser controlado pelo Conselho Municipal de Saúde o Fundo tende a ganhar mais transparência, já que a própria sociedade

---

<sup>54</sup> Conforme manual O Que Muda com o PAB?, Ministério da Saúde, 1997, p.12.

dispõe da possibilidade de fiscalizá-lo. Ao ter acesso a toda a movimentação bancária, a sociedade tem um instrumento importante (embora que ainda insuficiente para uma análise mais completa) sobre o destino dos recursos da saúde.

Em Campina Grande, o Fundo Municipal de Saúde (FMS) foi criado a partir da Lei Municipal N°2.182, de 26 de dezembro de 1990. Gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde, o FMS conta com a fiscalização do CMS e é constituído, segundo a referida lei, de:

- Transferências oriundas do orçamento da Seguridade Social, como decorrência do que dispõe o art. 30, VII da Constituição da República;
- Rendimentos e os juros provenientes de aplicações financeiras;
- Do produto de convênios firmados com outras entidades financiadoras;
- Do produto da arrecadação da taxa de fiscalização sanitária e de higiene, multas e juros de mora por infrações ao Código Sanitário Municipal;
- Parcelas do produto da arrecadação de outras receitas próprias, oriundas das atividades econômicas de prestação de serviços e de outras transferências que o Município tenha direito a receber por força de lei e de convênios no setor;
- Doações em espécie feitas diretamente para este Fundo.<sup>55</sup>

No entanto uma parte importante dos recursos públicos da saúde do município ainda não passa pelo FMS. Apesar de Campina Grande estar, desde junho de 1998, na gestão plena do sistema municipal, grande parte dos recursos são ainda pagos diretamente pelo SUS aos hospitais conveniados, relativos a atendimentos ambulatoriais e hospitalares. Igualmente, os recursos do

---

<sup>55</sup> Segundo Lei Municipal N.2.182, artigo 5.

Orçamento Público Municipal voltados para a saúde, ainda não circulam pelo FMS.

O FMS é gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde e controlado pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS). Conforme foi dito, apenas uma pequena parcela dos recursos da saúde em Campina Grande, entram no FMS. Considerando-se a totalidade dos recursos do SUS para Campina Grande, sua alocação dá-se conforme o quadro abaixo.

QUADRO 1 - Distribuição dos Recursos do SUS Por Prestador -  
Conceito de Competência - 1997

Tipo de Prestador	Valor Recebido em Reais	Percentual
Municipal	2.491.527,05	8,7
Contratado	18.019.658,18	62,8
Filantropico	3.984.622,14	13,8
Universitário	4.173.756,20	14,5
Outros	45.304,09	0,2
<b>Total</b>	<b>28.714.867,66</b>	<b>100,00</b>

Fonte: DATASUS / INTERNET. Cálculos dos percentuais feitos pelo Autor.

Observa-se pelo quadro que em 1997, apenas 8,68% dos recursos oriundos do SUS e destinados à esfera pública municipal passaram pelo FMS. Os demais recursos foram distribuídos entre os prestadores Universitário (HUAC), Estadual (UEPB, Ambulatório Médico do II Batalhão de Polícia Militar), Contratado (hospitais da rede privada), Filantropico (Hospitais da FAP e Pedro I), Universitário (Hospital Universitário) e Sindicatos conveniados.

Além dos recursos provenientes do SUS, o orçamento municipal destina parcela de sua disponibilidade à saúde, a qual em sua grande maioria não passa pelo Fundo Municipal de Saúde. Segundo o Orçamento Programa de 1.999, apenas 72% dos recursos previstos para saúde no município passarão pelo FMS e estes, em sua quase totalidade, são os recursos federais do SUS. Os outros 28% não serão alvo do controle social exercido pelo CMS. Embora



percentualmente não seja tão alto, em termos absolutos esta parcela é significativa conforme mostra o quadro abaixo:

QUADRO 2 - VERBAS NO ORÇAMENTO MUNICIPAL PARA A SECRETARIA DE SAÚDE - 1999

Composição	Valores em Reais (R\$)	(%)
Secretaria de Saúde	3.665.710,00	28,0
Fundo Municipal de Saúde	9.410.961,00	72,0
Total	13.076.671,00	100,00

Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE. Orçamento Programs, 1999.

Conforme pode se observar no quadro acima R\$3.665.710,00 dos recursos que passarão pela SMS em 1.999 não entrarão no FMS, embora o Ministério da Saúde preconize a necessidade de que todos os recursos destinados à saúde no município passem por ele<sup>56</sup>.

Apesar de englobar apenas uma pequena parcela dos recursos da saúde, o FMS tende a ganhar importância, com o processo de municipalização da saúde e com a luta empenhada pela sociedade no sentido de fazer com que todos os recursos do orçamento municipal passem pelo FMS. Notem-se que, a partir da comparação dos dois quadros, os recursos do FMS passaram de R\$2,4 milhões para uma previsão de R\$9,4 milhões em 1999.

Em junho de 1998 Campina Grande passou formalmente para a gestão plena dos recursos da saúde. Em virtude de um acordo entre as secretarias Municipal e Estadual de saúde, a passagem para a gestão plena efetiva ocorreu apenas parcialmente. De início, apenas os serviços públicos conveniados Universitário e Municipal foram municipalizados. Os serviços dos prestadores privados e filantrópicos (aproximadamente 77% dos recursos do SUS em 1997)<sup>57</sup> só serão municipalizados após a feitura da PPI (Programação Pactuada e Integrada), sob coordenação da Secretaria Estadual de Saúde.

<sup>56</sup> Entre os quais, O QUE MUDA COM O PAB?, Ministério da Saúde, 1998, p.14.

<sup>57</sup> Vide quadro 1.

A PPI é prevista na NOB/96 como necessária para a entrada do município na gestão plena do sistema. Como os valores recebidos serão praticamente fixos (ou pelo menos a maior parte será desta forma), os municípios devem fazer sua programação, em que são colocadas suas responsabilidades e alcance dos seus serviços de saúde. Cabe à Secretaria Estadual, elaborar uma programação que atenda ao planejamento individual dos municípios e otimize a prestação dos serviços no estado. Como alguns municípios são mais consumidores do que prestadores de serviços, na PPI estará pactuada contrapartida financeira que estes municípios terão com os prestadores que se situam em outro município.<sup>58</sup> Sendo Campina Grande um centro regional prestador de serviços de saúde para diversos municípios, inclusive de outros estados, é preciso que nos municípios haja uma forma de remuneração pelos atendimentos prestados.

A ausência da PPI até o momento, por parte do governo do estado, fez com que o município fosse penalizado, ao não poder gerir diretamente 77% dos recursos do SUS no município. A demora na finalização da PPI é um dos capítulos do difícil processo de municipalização da saúde em Campina Grande.

Merece destaque o empenho por parte do Conselho Municipal de Saúde, no sentido de tornar o FMS um espelho real da totalidade dos recursos da saúde no município. Tal luta, é amparada pelo Ministério da Saúde que, conforme já mencionamos, em publicação intitulada "O Que Muda com o PAB?", disciplina que "todos os recursos repassados ao município pelo estado para a saúde, além daqueles destinados à saúde pelo próprio município", devem passar pelo FMS.<sup>59</sup>

Em documento enviado ao Secretário Municipal, o CMS argumenta sobre a necessidade de que a Comissão Fiscal do CMS tenha acesso ao conjunto das informações relativas aos recursos relativos à saúde, além dos referentes ao convênio SUS, que atualmente não

---

<sup>58</sup> NOB/96, capítulo 11, item 1.

<sup>59</sup> O QUE MUDA COM O PAB?, Ministério da Saúde, 1998, p.14.

passam pelo FMS.<sup>60</sup> No mesmo documento, o CMS reforça que a centralização das informações no Fundo Municipal de Saúde é importante não só do ponto de vista do controle social, mas também como um instrumento de planejamento para o próprio gestor municipal.

Como se vê, a transformação do FMS num retrato fiel dos recursos públicos da saúde no município é ainda um processo em seu início. Conforme indicou os documentos do CMS, isto possibilitaria um maior controle social e uma maior participação da sociedade na elaboração de estratégias necessárias ao bom funcionamento do sistema.

### **2.3. *Barreiras e dificuldades de acesso às informações e aos processos em curso***

A existência de um Fundo de Saúde que reflita o conjunto dos recursos da saúde no município não é por si só garantia de um controle social efetivo. Mesmo considerando a existência de uma conta bancária única, ou mesmo do extrato das diversas existentes, ainda sim é insuficiente para um efetivo controle por parte da sociedade.

Afinal, interessa para o usuário saber se os recursos estão sendo bem aplicados. Se o que a secretaria despense na compra de medicamentos, por exemplo, atende de fato às necessidades da população. Os extratos bancários revelam apenas os totais dos valores gastos, ou seja, não indicam como foram gastos os recursos. Os balancetes contábeis mensais, emitidos pela secretaria, revelam de forma técnica quais foram os itens em que ocorreram os maiores gastos; sem, contudo, revelar com especificidade em que foi efetivamente despendido o recurso. Apenas com um maior exame é que se pode saber se um gasto que está na rubrica, por exemplo, Despesas Variáveis, foi feito em

---

<sup>60</sup> CMS, ofício número 0042/98, de 02 de setembro de 1998.

gratificações, diárias, ou ajuda de custo. Embora façam parte da mesma natureza contábil, a necessidade de especificação é fundamental para o conhecimento do Conselho.

A fiscalização dos recursos somente pode ser feita de forma produtiva se o conselho tiver de fato informações e controle sobre o FMS. Apenas dispondo de informações gerenciais, necessárias para o estudo da realidade e do planejamento futuro, o CMS poderá exercer um efetivo controle social. De nada adianta que os recursos passem inteiramente pelo FMS se este é, em essência, uma caixa preta, em que apenas o gestor e seus técnicos tenham acesso ao seu conteúdo.

A realização da etapa de coleta de dados, para a finalidade de fiscalização do CMS em Campina Grande não foi fácil nem pacífica; nem mesmo chegou ao seu final, em relação ao planejamento inicial. Por se tratar de um trabalho pioneiro e de natureza fiscal, algumas resistências foram encontradas durante a feitura do estudo. Em Campina Grande, o CMS tem procurado, desde 1996 fiscalizar as contas do FMS e até hoje não conseguiu lograr inteiramente o seu intento. Manobras, recusas informais, informações inconsistentes são, até hoje, constantes por parte da Secretaria Municipal de Saúde. Por outro lado, o CMS tem atacado em diversas frentes, inclusive contando com alguma orientação do Ministério Público para tornar transparentes as contas do Fundo Municipal de Saúde.

Além das dificuldades técnicas naturais de um trabalho realizado por pessoas estranhas à linguagem contábil<sup>61</sup>, alguns empecilhos ocorridos na Secretaria foram importantes para a lentidão no processo. Em entrevista realizada por Socorro Pontes de Souza em sua dissertação de mestrado<sup>62</sup>, é discutido o processo

---

<sup>61</sup> A atual comissão fiscal é composta por dois economistas, uma médica, uma enfermeira e uma odontóloga. Nenhum deles, porém, dispunha de experiência precedente na área.

<sup>62</sup> Souza, Maria do Socorro Pontes. A Correlação de Forças No Processo de Municipalização: Um estudo de caso do Conselho Municipal de Saúde em Campina Grande - Pb. Dissertação do Mestrado em Serviço Social. UFPB, 1998.

vivenciado pelo CMS na fiscalização do FMS. Conforme atesta SOUZA:

“É possível perceber limites ao real poder político do conselho no sentido de assumir uma de suas funções básicas, qual seja, a fiscalização dos gastos em saúde. Entretanto, cabe-nos aqui a seguinte indagação: qual seria o real motivo, da referida comissão (fiscal, do CMS), encontrar tantas dificuldades de atuação? Sabe-se que, o estilo tradicional de administração do espaço público no Brasil tem se caracterizado, historicamente, por práticas que mascaram o conteúdo das ações e decisões. Daí que o exercício do controle social poderá gerar sérios confrontos com os grupos dominantes.”<sup>63</sup>

O início dos trabalhos da Comissão Fiscal em que o autor deste trabalho esteve envolvido remonta a junho de 1997. Até então, o Conselho Municipal de Saúde tivera outra Comissão Fiscal que devido a dificuldades diversas, não conseguiu obter êxito. A comissão criada então seria responsável para, num prazo de quarenta e cinco dias, dar um parecer à prestação de contas do Fundo Municipal de Saúde nos anos de 1995 e 1996, apresentada pela SMS. Apenas ao fim de três meses é que a referida Comissão chegou aos primeiros resultados. Dificuldades interpostas no âmbito da Secretaria da Saúde obstaculizaram o andamento dos trabalhos. Por outro lado, pela primeira vez passou a ser do conhecimento do CMS o total de recursos que transitava pelo FMS e, em linhas gerais, como eram gastos os recursos.

A Comissão chegou aos primeiros resultados, baseada quase que unicamente pelas informações constantes nos balancetes contábeis mensais do FMS. Embora a posse e utilização desses instrumentos contábeis fossem importantes, neles não se poderia ver o detalhamento de gastos e receitas, de modo a possibilitar e a influenciar mais tecnicamente sobre as decisões sobre a saúde.

Em 1997, após a conclusão dos trabalhos da Comissão encarregada de verificação das contas de 1995 e 1996, foi constituída uma nova comissão fiscal, desta vez de caráter permanente. Após uma árdua batalha, finalmente no início de 1998,

---

<sup>63</sup> Ibidem, p.140.

a referida comissão teve acesso aos documentos da Secretaria Municipal de Saúde.

As dificuldades encontradas pela comissão são descritas e analisadas por SOUZA, em seu trabalho. Pode-se ver ali claramente o confronto de forças existentes a partir do momento em que o CMS se lança no trabalho de fiscalização dos dados. Antes de ser um processo resolvido, a relação é, ainda hoje, após avanços e recuos, conflituosa. Nem sequer o trabalho de fiscalização do CMS foi aceito pela Secretaria como permanente ou mesmo necessário.

Um dos exemplos do relacionamento existente entre Comissão Fiscal e SMS é citado por SOUZA, que transcreve um ofício enviado pela Comissão Fiscal ao presidente do CMS, relatando dificuldades encontradas para exercer suas funções:

“Ao estarmos no almoxarifado da Secretaria de Saúde, colhendo informações a respeito da metodologia empregada para o controle do material referente aos anos de 1995 e 1996, fomos surpreendidos pela chegada do senhor Secretário Municipal de Saúde (...) que, em alta voz, repreendeu os funcionários por estarem prestando informações à nossa comissão. Além disso, diante de nós, determinou (entre outras coisas) que fica proibido qualquer tipo de contato com os funcionários, sem que antes tenha um requerimento formal para tanto; os funcionários vinculados à secretaria estão proibidos de prestarem qualquer tipo de informações sem que haja autorização expressa do secretário.”<sup>64</sup>(Parênteses do original).

No início de 1998, a luta do Conselho por ter acesso aos dados do FMS, parecia chegar ao fim. A SMS pôs à disposição todos os documentos, após reunião entre representantes do CMS e o atual secretário. Durante dois meses, a Comissão Fiscal obteve acesso às informações do FMS, até então do conhecimento apenas do secretário e de seus assessores diretos. A Comissão Fiscal coletou, neste período inicial, as informações referentes ao exercício de 1997.

Neste trabalho foram examinados todos os documentos referentes aos empenhos emitidos pela secretaria durante o referido ano. Já nos primeiros documentos, foi confirmada a

---

<sup>64</sup> Ofício datado de 14/07/1997.

período de negociações e desencontros com a Secretaria Municipal de Saúde.

As planilhas entregues em disquetes para computador, possuíam aproximadamente duas mil linhas, contendo os nomes de todos os servidores e os meses de competência. O trabalho consistiu, na primeira etapa, da conferência dos totais das planilhas entregues em disquetes com os empenhos de despesa, documentos contábeis que demonstram a certeza do pagamento.

Para isto, foi feita uma uniformização dos conceitos em que os dados eram apresentados. Enquanto a contabilidade trabalha com a realidade de caixa, que traz os gastos de acordo com o dia em que os recursos saíram do caixa, as planilhas eletrônicas foram entregues pelo mês de competência, ou seja, pelo mês em que a prestação dos serviços foi executada. Para que os totais pudessem ser checados, era necessário que os conceitos estivessem compatíveis. Dificultou o fato de que em alguns meses de caixa, foram pagos diferentes meses de competência e, em alguns casos, apenas parcelas destes. Vistos os pontos de incompatibilidades entre as informações, foi feita a correção das planilhas do computador, a partir das informações divulgadas pela contabilidade. Em seguida, foram divulgadas as informações e pela primeira vez o conjunto dos trabalhadores soube como vinham sendo distribuídos os recursos referentes à GIT.

O exame dos empenhos do FMS trouxe à tona a existência de diversas outras gratificações, a exemplo de GNT (Gratificação por Natureza de Trabalho), Gratificação do Programa Chegou o Doutor, Gratificação das Diretoras dos Centros de Saúde (CS) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), Gratificação do Programa de Saúde da Família (PSF). Todas elas não eram ainda do conhecimento do CMS e da sociedade. Houve, neste período, um esforço de sistematização dos valores pagos por servidor em cada uma dessas gratificações e divulgação pelo CMS.

Mais uma vez, neste caso, houve uma uniformização no tratamento dos dados, que eram apresentados no conceito de competência, o que dificultava a conferência com os documentos

contábeis. Por isto, adotou-se a estratégia de deixá-los no conceito de caixa, que reflete o método adotado pela contabilidade.

A preocupação em observar a compatibilidade entre os documentos contábeis e os balancetes foi uma constante em todo o processo. Como a procura pelos documentos tinha como objetivo principal a verificação dos gastos, a soma dos subítens mais específicos teria que ser igual ao total presente no balancete. Para isto, em primeiro lugar foi uniformizado o conceito em que as variáveis foram tratadas, sendo todas elas tratadas pela ótica de caixa.

Outras preocupações importantes foram relativas aos demais custos do FMS. Destacam-se neste sentido, as ajudas de custo, o tratamento em pacientes escolhidos, o aluguel de automóveis, além da contratação de prestadores de serviços, novidades até então restritas a um pequeno grupo, ou apenas recebidas pelos demais funcionários.

Outro item importante e que será objeto de tratamento especial neste trabalho, é relativo às subvenções sociais, que se constituem no Programa de Saúde da Família (PSF). Este programa possui particularidades, no caso de Campina Grande, vez que suas equipes constitutivas foram contratadas pelas associações de moradores de cada bairro, não havendo assim um vínculo direto entre Secretaria e profissionais. A Secretaria repassa os valores relativos a salários e encargos para as associações, que por sua vez responsabilizam-se pelo pagamento dos profissionais. Dá-se assim uma espécie de vínculo entre os profissionais e a comunidade, posto que, na essência, estas relações se dêem sobre outras bases: na prática as associações nem sequer acompanham o uso total dos recursos, ou mesmo a correção dos valores depositados; a relação entre profissionais e comunidades dá-se na qualidade dos serviços produzidos e na relação pessoal que em todas as equipes é muito forte.

A inexistência deste controle e o alto dispêndio nos empenhos mensais de uma das equipes do PSF fez com que toda atenção fosse



voltada para os custos do programa. Além disso, havia no corpo técnico da SMS a visão de que o programa era bom, mas deficitário, sendo assim inviável enquanto estratégia geral para a atenção básica.

Por isso mesmo, o caminho adotado foi de análise dos empenhos e do custo médio dos membros das equipes, no que se refere a salários, gratificações, encargos sociais e impostos, entre outros. A análise revelou que a equipe mais cara trazia embutidos custos estranhos ao PSF, que foi o caso das enfermeiras instrutoras do PACS, que eram pagas no mesmo empenho da equipe de um dos bairros. Isto fazia com que os custos do programa fossem inflados, chegando a tornar de fato inviável a sua expansão, conforme exposição mais adiante.

### III – ORIGEM E MAGNITUDE DOS RECURSOS PÚBLICOS PARA A SAÚDE E TENDÊNCIAS DE SUA ALOCAÇÃO EM CAMPINA GRANDE

É sabido que o Fundo Municipal de Saúde movimenta apenas parte dos recursos da saúde no município. Não são incluídos ainda os recursos referentes ao setor conveniado do SUS e uma parte importante daqueles provenientes do orçamento municipal.

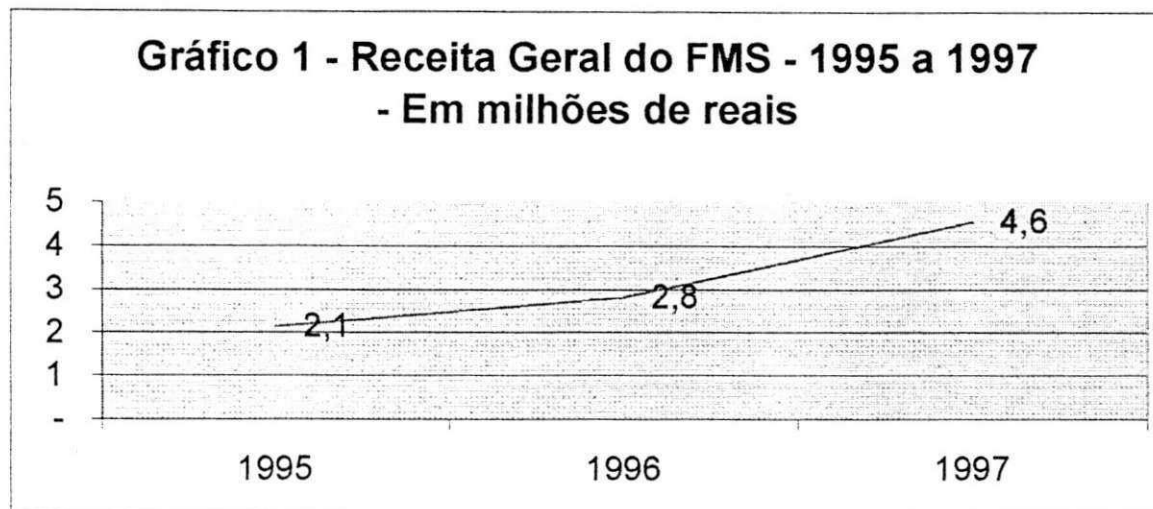
Apesar disso, o estudo sobre o FMS se torna importante porque, segundo se viu no capítulo 1 deste trabalho, é na assistência básica que está a estratégia principal do Ministério da Saúde. Por isso mesmo, ganham importância os postos de saúde, o PSF e o PACS, todos pertencentes à esfera dos serviços prestados pela SMS e, por isso, já pertencentes ao Fundo Municipal de Saúde.

Uma análise da estrutura de custos do FMS pode revelar suas atuais prioridades, vendo-se inclusive, sua sintonia com o que é preconizado pelo MS. O acesso aos dados do FMS não se constituiu em tarefa fácil, mesmo considerando o caráter público das informações e a pequena participação dos valores em relação ao total dos recursos da saúde.

A seguir, será apresentada a estrutura dos recursos do FMS entre os anos de 1995 e 1997. No primeiro item, será feita uma análise das receitas. Nos demais, serão vistas as despesas, destacando os gastos gerais do FMS incluídos os postos e unidades básicas de saúde, à exceção do PSF e PACS. Esta parte dos gastos, será chamada de modelo tradicional, em contraposição do novo modelo preconizado pelo MS, baseado nos programas PSF e PACS, que será tratado em seção do capítulo 4, cuja análise da evolução do FMS no período compreendido entre 1995 e 1998. É interessante verificar em que grau o município está comprometido com o modelo adotado pelo MS, referindo-se às mudanças de saúde e quais as perspectivas, face a atual estrutura de receitas e despesas do Fundo Municipal de Saúde.

### 3.1. Origem e magnitude dos recursos públicos aplicados no sistema de saúde em Campina Grande

Entre 1995 e 1997, a receita do FMS apresentou a seguinte evolução:



Fonte: Balanço Anual do FMS, 1995, 1996 e 1997.

Conforme se vê no gráfico, houve um aumento significativo nas receitas do FMS. Entre 1995 e 1997, registra-se um aumento superior a 112% nas receitas. O aumento se dá principalmente por dois motivos.

Para entender o primeiro deles, é importante fazer antes algumas observações sobre os critérios utilizados pelo Ministério para a remuneração dos prestadores de serviços. O SUS para poder atingir a totalidade da população convenia instituições que prestam serviços à população. Existe uma tabela com os procedimentos e o valor pago pelo SUS por cada um deles. O limite máximo para a realização de procedimentos é dado pela programação físico-orçamentária, estabelecida de acordo com a capacidade da unidade. Ao final de cada mês as unidades conveniadas enviam os procedimentos produzidos para o Ministério, que verifica se as informações se enquadram nas regras estabelecidas. Caso exista alguma irregularidade, há a glosa dos procedimentos. Desta forma,

os valores produzidos por uma unidade podem ser diferentes dos valores recebidos por ela.

O primeiro motivo para o aumento das receitas deve-se ao fato de que é em 1997 que começa a ser pago o diferencial de 25% concedido pelo MS na tabela de valores dos procedimentos de saúde realizados pelos conveniados do sistema. Como os 25% de diferença são retroativos a 1996, durante diversos meses de 1997 houve recebimentos tanto do adicional de 25%, referente a meses de 1997, quanto a atrasados de meses do ano de 1996.

Outro motivo importante se deve ao aumento das transferências referentes aos convênios específicos com a União, que apresentavam valores baixos ou até nulos até então. Em 1997 o valor dos convênios, especialmente da Dengue e DST/AIDS, ultrapassou os 800 mil reais, o que significa praticamente 18% do total das receitas. A separação destes valores dos demais é importante para se ter uma idéia dos recursos regulares do FMS, visto que as despesas dos convênios são vinculadas às receitas e vice-versa, impedindo que receitas dos convênios sejam utilizadas no restante do sistema. Abaixo, pode se ver uma análise considerando em primeiro lugar os recursos dos convênios e, em seguida sem considerá-los.

Em sua composição, a principal fonte de recursos do FMS são os recursos oriundos do SUS, conforme se vê na tabela abaixo.

TABELA 1 - COMPOSIÇÃO DAS RECEITAS DO FMS - EM REAIS

	1995	1996	1997
Taxa de Fisc. Sanit. e higiene	45.154,81	40.582,01	43.904,72
Receitas de aplicações financeiras	60.626,88	64.003,00	92.663,85
Transf. do Município			210.762,56
Convênios (SUS)	1.984.963,48	2.679.176,63	3.316.181,83
Outros convênios da União	40.604,00		805.582,68
Transf. dos Estados		17.627,69	25.685,62
Receitas Diversas	14.772,54	12.607,28	63.026,45
<b>Receita Orçamentária</b>	<b>2.146.121,71</b>	<b>2.813.996,61</b>	<b>4.557.807,71</b>

Fonte: Balancetes anuais do FMS, 1995, 1996 e 1997.

Conforme a tabela acima, o FMS tem como principal fonte de receita o Convênio com o SUS, referente aos serviços prestados pelo município. Ainda não estão incluídas as novas unidades geridas pelo município após a aprovação da municipalização<sup>65</sup>. Portanto, no Convênio SUS estão apenas as unidades conveniadas com a SMS até o final de 1997. O Convênio SUS é também o item que mais cresce em reais durante o período, resultado, como já se disse, do repasse do reajuste de 25% concedido pelo ministério, aos procedimentos desde 1996. As participações dos itens no total das receitas podem ser vistas no quadro abaixo:

QUADRO 3 - PARTICIPAÇÃO (%) NO TOTAL DA RECEITA DO FMS

Em Percentual	1995	1996	1997
Taxa de fisc. Sanit. E higiene	2,10	1,44	0,96
Receitas de aplicações financeiras	2,82	2,27	2,03
Transf. do município	-	-	4,62
Convênios (SUS)	92,49	95,21	72,76
Outros convênios da União	1,89	-	17,67
Transf. Dos estados	-	0,63	0,56
Receitas Diversas	0,69	0,45	1,38
Receita Orçamentária	100,00	100,00	100,00

Fonte: Balanços Anuais do FMS, 1995, 1996 e 1997. Cálculos do Autor.

Observa-se que há uma queda relativa na participação do convênio SUS, que se deve ao aumento de Outros Convênios da União (entre eles, o convênio da Dengue e da AIDS/DST). Destaque também para as transferências do município, que passa a existir a partir de 1997 e do estado, positiva desde 1996. Quanto à receita da Taxa de Fiscalização Sanitária e Higiene, embora tenha apresentado um crescimento absoluto no ano de 1997, na realidade

<sup>65</sup> Atualmente estão sob a responsabilidade da gestão municipal também as unidades públicas não municipais, entre as quais se destaca o Hospital Universitário (HU). As entidades privadas, só serão transferidas quando for oficializada a gestão plena do sistema. A gestão municipal não significa porém que a SMS assuma a gerência da unidade.

decreceu em termos percentuais, em razão do grande aumento das transferências do município e do estado e dos outros convênios da União.

Vê-se, portanto, que a principal fonte de receita do FMS antes da municipalização é o próprio pagamento pelo SUS dos procedimentos prestados pelo município, através de postos de saúde, unidades básicas de saúde, escolas e outros. Parcela importante deste item é composto pelos procedimentos da atenção básica do município, realizados nos postos de saúde existentes, vistos pelo ministério como ponto de partida para as transformações.

Retirando-se o montante referente aos outros convênios da União, a composição dos gastos fica da seguinte forma:

TABELA 2 - PARTICIPAÇÃO (%) DOS ITENS DA RECEITA DO FMS -  
1995 A 1997

<i>Em Percentual</i>	1995	1996	1997
Taxa de Fisc. Sanit. e Higiene	2,14	1,44	1,17
Receitas de Aplicações Financeiras	2,88	2,27	2,47
Transf. do Município	-	-	5,62
Convênios (SUS)	94,27	95,21	88,38
Transf. dos estados	-	0,63	0,68
Receitas Diversas	0,70	0,45	1,68
Receita Orçamentária	100,00	100,00	100,00

Fonte: Balanços Anuais do FMS - 1995, 1996 e 1997. Cálculos do Autor.

A despeito do aumento absoluto nos recursos do Convênio SUS, ainda assim ocorre uma queda em sua participação relativa. Isto se deve ao aumento das transferências do município, ocorrido em razão da contratação de prestadores de serviços para o Serviço Municipal de Saúde e do pagamento do aluguel do prédio onde funciona a Secretaria Municipal de Saúde. Outro item, que tem um crescimento significativo, embora mantenha uma pequena participação percentual, é o Receitas Diversas.

Observando os recursos do Convênio SUS, vê-se que tais recursos foram obtidos principalmente pela realização de procedimentos ambulatoriais, porque a rede municipal de saúde é composta principalmente por unidades ambulatoriais<sup>66</sup>, ao menos no período em estudo. Os procedimentos hospitalares se limitavam ao ISEA (Instituto de Saúde Elpídio de Almeida) e Unidade Mista de Galante. A distribuição percentual dos recursos do SUS entre internações hospitalares e atendimento ambulatorial é mostrada na tabela abaixo:

TABELA 3 - RECURSOS FEDERAIS DO SUS - CAMPINA GRANDE - POR MÊS DE COMPETÊNCIA - PERCENTUAL RECEBIDO ENTRE INTERNACÕES HOSPITALARES E ATENDIMENTO AMBULATORIAL

<i>Ano/Mês de Competência</i>	<i>Intern. Hosp. (Pago p/MS)</i>	<i>Atend. Ambul. (Pago p/MS)</i>	<i>Total</i>
Janeiro/97	27,44	72,56	100,00
Fevereiro/97	27,46	72,54	100,00
Março/97	8,22	91,78	100,00
Abril/97	31,46	68,54	100,00
Maior/97	21,19	78,81	100,00
Junho/97	22,00	78,00	100,00
Julho/97	18,84	81,16	100,00
Agosto/97	19,72	80,28	100,00
Setembro/97	24,41	75,59	100,00
Outubro/97	16,85	83,15	100,00
Novembro/97	22,81	77,19	100,00
Dezembro/97	22,17	77,83	100,00
Janeiro/98	25,73	74,27	100,00
Fevereiro/98	24,36	75,64	100,00
Março/98	21,88	78,12	100,00
Abril/98	20,12	79,88	100,00
Maior/98	21,27	78,73	100,00

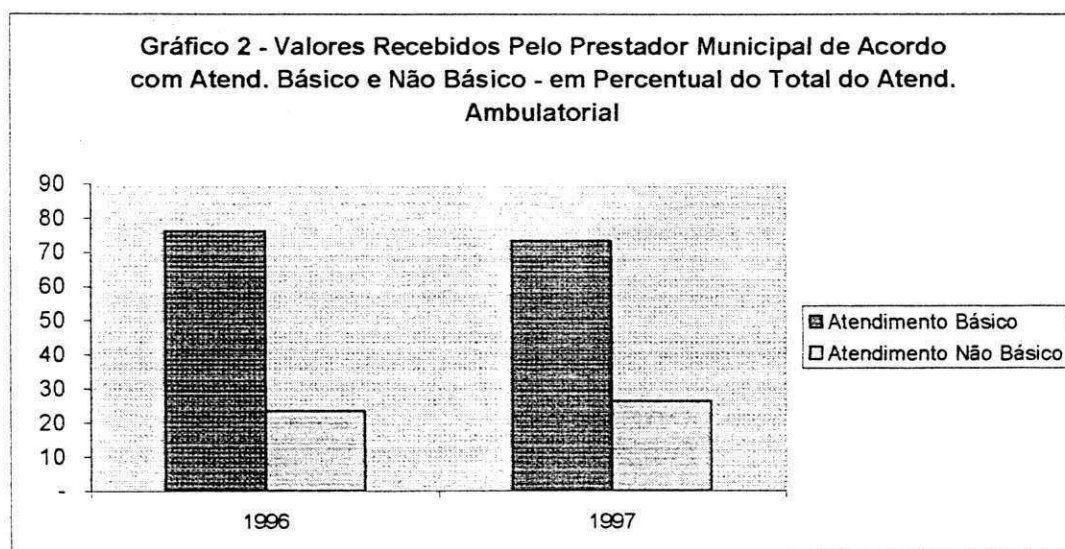
Fonte: MS, DataSus. Cálculos do Autor.

Os procedimentos ambulatoriais que fazem a rede são realizados, segundo o Plano Municipal de Saúde, em 6 centros de

<sup>66</sup> Com a complementação do processo de municipalização, quando o município será responsável pela gestão do sistema de saúde, é provável que os procedimentos hospitalares sejam predominantes.

saúde, 3 unidades básicas de saúde da família, 17 Unidades Básicas de Saúde, 1 Unidade Mista, 10 Laboratórios Públicos, 1 Unidade Hospitalar Pública.

Do total de recursos dos procedimentos ambulatoriais, parcela importante refere-se ao atendimento básico, conforme gráfico abaixo:



Fonte: MS, DataSus.

Nota-se que predomina na prestação de serviços da SMS o atendimento básico, considerado elemento fundamental para as possíveis mudanças anunciadas pelo MS. A participação relativa dos recursos recebidos pelo atendimento básico de competência do serviço público municipal cresceu entre os dois anos. Neste período, o serviço municipal foi responsável pela maior parte dos recursos recebidos pelos procedimentos desse tipo, o que demonstra a importância deste serviço para o futuro da municipalização.

Apesar disto, as perspectivas quanto ao papel do atendimento básico na modificação da lógica de atendimento à saúde não são



totalmente positivas. Segundo denunciou ROTTA<sup>67</sup> e de acordo como o gráfico acima, os valores produzidos pelo serviço municipal diminuíram em termos absolutos em 1997. Isto se torna preocupante por diversas razões.

A Secretaria Estadual de Saúde, através da portaria de nº 566/97 de 12/8/97, vedou aos hospitais a realização de consultas médicas simples, transferindo-as para as unidades assistenciais básicas de saúde. Isto pode significar a transferência para o serviço municipal de aproximadamente 40% dos procedimentos da atenção básica. Porém, segundo o referido autor, isso não se deu na prática, o que indica que "essa parcela da população ficou desassistida, pois a referida rede municipal não conseguiu, ao que parece, atrair esse contingente para os seus serviços."

Outro motivo preocupante é que em 1997 o Ministério da Saúde repassou um volume bem maior de recursos para a assistência ambulatorial do que em anos anteriores. Conforme já foi dito, neste ano começou a ser pago 25% de reajuste, inclusive, retroativos a 1996. Significa, segundo ROTTA, em R\$563 mil a mais recebidos no último ano. Apesar disto, o número de procedimentos efetuados pelo serviço municipal diminuiu em pelo menos 1,5%.

Por fim, preocupa o fato de que, num período em que muito se discute a municipalização havendo, inclusive, incentivos às atividades básicas, ao PSF e PACS, a SMS estaciona, regride ou modifica as metas traçadas. O número de equipes do PSF permaneceu o mesmo durante o ano de 1997, apesar de o Plano Municipal prever o funcionamento de 20 equipes até o ano 2000. No que se refere aos procedimentos básicos, a permanência em níveis baixos, "vai se consolidando, ao longo do tempo, em séries históricas que vão sendo tomadas como padrão local, tornando cada vez mais difícil sua reversão no futuro."<sup>68</sup>

---

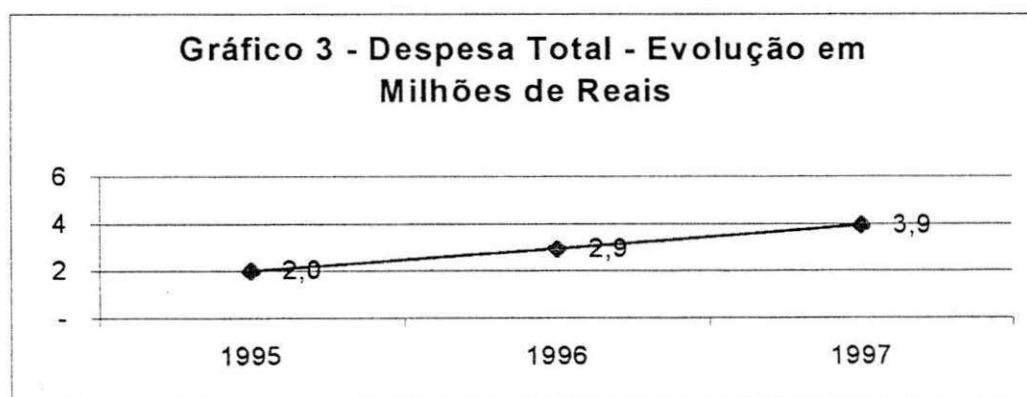
<sup>67</sup> ROTTA, José Heleno. Campina Grande e A Municipalização da Saúde. Jornal da Paraíba, 01.03.1998.

<sup>68</sup> ROTTA, op. Cit.

Outro aspecto que influencia os baixos níveis de procedimento, segundo um outro trabalho em que participa o mesmo autor, deve-se à renúncia por parte do município de parte de seu Teto Financeiro. Por falta de um planejamento global que "permita ao município elevar os níveis de faturamento e captação dos recursos programados para a rede ambulatorial pública municipal"<sup>69</sup>, deixa-se de utilizar parcela significativa dos recursos que poderiam estar vindo para o atendimento à população.

### 3.2. Evolução e limites dos recursos do Fundo Municipal de Saúde

Na análise sobre a despesa do FMS observam-se os principais itens que a compõem no período 1995-1997. Este período compreende a transição rumo à gestão plena. Tal exercício pode revelar claramente quais os caminhos e políticas que foram implicitamente escolhidos pela gestão municipal. Isso é importante, pois, até o presente, a SMS não explicitou um plano ou estratégia para a implantação da municipalização.



Fonte: Balanços Anuais do FMS, 1995, 1996 e 1997.

<sup>69</sup> ROTTA, José H. e QUEIROZ, Lúcia de F. N. Sistema de Saúde de Campina Grande: Desempenho e Perspectivas de Geração de Recursos na Rede Ambulatorial Pública Municipal. *Série Debates*, nº52, novembro/ 1995.

Conforme é possível ver no gráfico acima, o comportamento das despesas tem sido ascendente nos últimos anos. Isto se deve ao aumento dos recursos vindos do SUS, possibilitando um aumento nos gastos por parte do FMS.

Nos itens a seguir será analisada a composição das despesas do FMS, numa postura crítica, tomando como base a proposta do MS de mudança do foco de atenção à saúde.

No período compreendido entre 1995 a 1997, os principais componentes de despesa do Fundo Municipal apresentaram o seguinte comportamento, demonstrado na tabela abaixo:

TABELA 4 - COMPOSIÇÃO DA DESPESA DO FMS

Despesa Geral	1995	1996	1997
Despesa de Pessoal	615.576,54	961.722,17	1.348.350,87
Material de Consumo	519.840,12	694.609,20	705.765,32
Serviços de Terceiros	497.314,50	698.284,36	1.428.591,59
Desp. Exercícios anteriores	47.674,62	149.994,19	802,40
Transferências Correntes	251.214,08	349.729,32	382.223,84
Despesas de Capital	85.247,01	80.585,87	45.873,97
<b>TOTAL</b>	<b>2.016.866,87</b>	<b>2.934.925,11</b>	<b>3.911.607,99</b>

Fonte: Balanços Anuais do FMS, 1995, 1996 e 1997.

Observa-se que o acréscimo das despesas deveu-se principalmente ao aumento de pessoal e serviços de terceiros. Alguns itens chegam, inclusive, a decrescer, a exemplo das despesas de exercícios anteriores. Destaque também para os declínios sucessivos nos investimentos.

Abaixo, é mostrada a distribuição percentual das despesas do FMS. Entre 1995 e 1996 o item principal de gasto é a despesa com pessoal. Os serviços de terceiros passam a ser os principais a partir de 1997. Destaque para o declive na participação do material de consumo, apesar de ter havido aumento em termos absolutos. Isto significa que este item aumentou menos que os outros. Também apresentam decréscimos as transferências correntes e as despesas de capital.

TABELA 5 - COMPOSIÇÃO (%) DA DESPESA DO FMS

Despesa Geral	1995	1996	1997
Despesa de Pessoal	30,52	32,77	34,47
Material de Consumo	25,77	23,67	18,04
Serviços de Terceiros	24,66	23,79	36,52
Desp. Exercícios anteriores	2,36	5,11	0,02
Transferências Correntes	12,46	11,92	9,77
Despesas de Capital	4,23	2,75	1,17
<b>TOTAL</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Balanços Anuais do FMS, 1995, 1996 e 1997. Cálculos do Autor.

Quanto à despesa de pessoal, é importante ressaltar que apesar da significativa participação percentual, nela não estão computados os salários dos profissionais vinculados à Secretaria. Os salários fazem parte do orçamento municipal, estadual ou federal, de acordo com a vinculação empregatícia do servidor. É comum, por exemplo, a existência de médicos com vínculo federal, trabalhando em postos de saúde ou unidades do município.

Fazem parte das despesas com pessoal aqui descritas, as despesas variáveis (gratificações, ajudas de custo, entre outras) e diárias pagas pela secretaria ao funcionalismo. Abaixo, vê-se a divisão percentual entre estas duas categorias:

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO (%) DAS DESPESAS COM PESSOAL - FMS

Percentual	1995	1996	1997
Diárias	1,17	0,77	0,05
Despesas Variáveis	98,51	99,02	99,79
<b>Total</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Balanços Anuais do FMS, 1995, 1996 e 1997. Cálculos do Autor.

O principal item das despesas de pessoal são as despesas variáveis, compostas principalmente pelas diversas gratificações pagas pela Secretaria. A partir do instante em que há a necessidade de uma maior desagregação dos dados para a observação

da composição das despesas variáveis, menores serão as informações disponíveis. Apenas as informações referentes ao ano de 1997 estão desagregadas em um nível satisfatório, porque foi o único ano em que tal trabalho foi feito exaustivamente pela Comissão Fiscal do CMS. Quando solicitadas a SMS, a resposta foi que tais informações não existem, neste nível de elaboração. Por esse motivo, a análise das despesas variáveis, será feita apenas para o ano de 1997.

A mais importante das gratificações é a GIT - Gratificação de Incentivo ao Trabalho, aprovada pelo CMS, no final de 1996. A análise das informações do FMS, conforme narrado na parte 2 deste trabalho, fez com que aparecessem outras gratificações que, até então, não eram do conhecimento do CMS, além de gastos com ajuda de custo para viagens e participações em eventos, por parte de funcionários ou pessoas ligadas à saúde. A composição dos gastos com pessoal está na tabela abaixo:

TABELA 7 - DESPESAS DO FMS - 1997

<i>Tipo de Despesa</i>	<i>R\$</i>
Despesas de Pessoal	1.348.350,87
Gratificação de Incentivo ao Trabalho (GIT)	1.086.445,50
Gratificação por Natureza de Trabalho (GNT)	86.062,91
Gratificação Assistente Social PACS/PSF	3.704,17
Ajuda Deslocamento Rural + Grat. Por Ded.	11.250,00
Exclusiva -PACS	
Gratificação Pessoal do PSF	50.987,00
Gratificação das Diretoras de Centros de Saúde	33.190,98
Gratificação das Diretoras de UBS	9.800,00
Gratificação para Equipe Chegou o Doutor	50.850,75
Outras Gratificações Pagas ao Pessoal	4.655,32
Ajuda de Custo	11.404,24

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Cálculos e Organização do Autor.

Pelo demonstrativo, a GIT é o principal item da despesa de pessoal em 1997. Segundo técnicos da SMS ela era o único item das despesas variáveis, aspecto só negado quando a comissão fiscal teve acesso aos documentos do FMS. Além de parcela considerável no total, as outras gratificações contribuem para onerar ainda

mais a Secretaria, impossibilitando gastos com formas mais avançadas de atenção à saúde. Alguns itens dessas gratificações não têm valor muito significativos no conjunto. Mas como são pagas a alguns servidores apenas, aumentam significativamente seus ganhos.

Observando percentualmente, chega-se a outras conclusões:

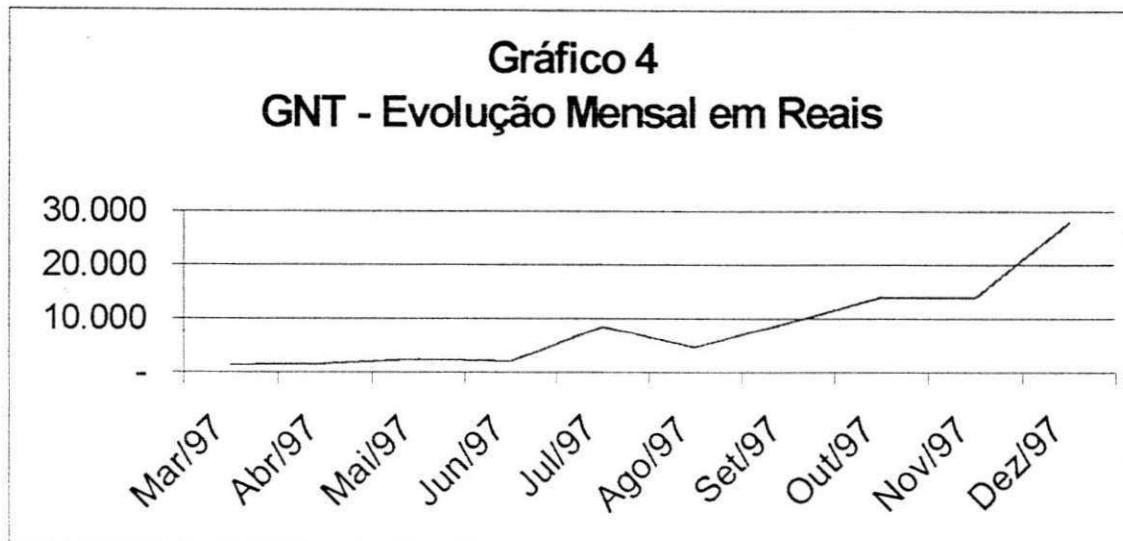
QUADRO 4 - PARTICIPAÇÃO (%) DAS DESPESAS DE PESSOAL

<i>Tipo de Despesa</i>	<i>Percentual</i>
Despesas de Pessoal	100,00
Gratificação de Incentivo ao Trabalho (GIT)	80,58
Gratificação por Natureza de Trabalho (GNT)	6,38
Gratificação Assistente Social PACS/PSF	0,27
Ajuda Deslocamento Rural + Grat. Por Ded. Exclusiva -PACS	0,83
Gratificação Pessoal do PSF	3,78
Gratificação das Diretoras de Centros de Saúde	2,46
Gratificação das Diretoras de UBS	0,73
Gratificação para Equipe Chegou o Doutor	3,77
Outras Gratificações Pagas ao Pessoal	0,35
Ajuda de Custo	0,85

Fonte: SMS. Cálculos do Autor.

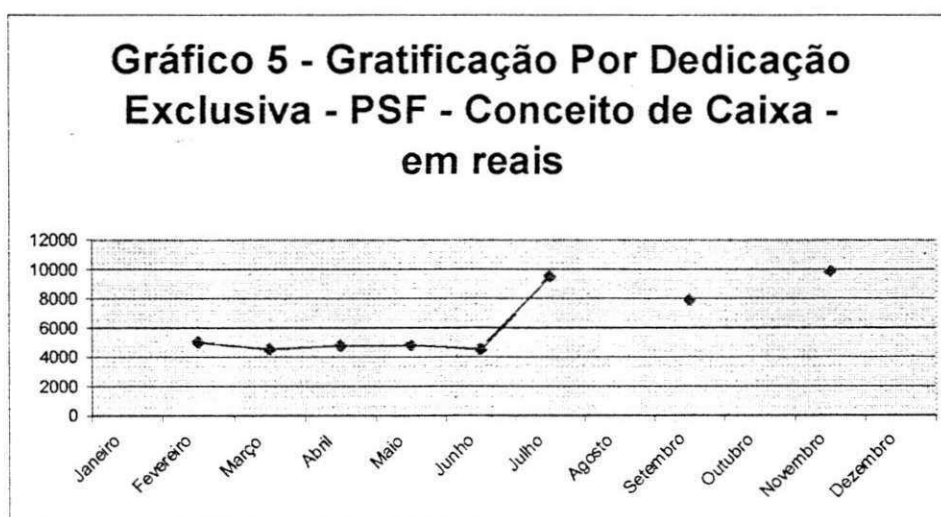
Observa-se que mais de 80% dos gastos das despesas variáveis são referentes à GIT. O restante tem como principais fontes a GNT (6,38%), Gratificação do PSF (3,78%), Gratificação das Diretoras dos Centros de Saúde (2,46%) e Gratificação da Equipe do Chegou o Doutor (3,77%).

A GNT é originalmente uma gratificação existente no contracheque dos servidores municipais, paga pelo orçamento municipal, de acordo com a função exercida. Por algum motivo, ainda não explicado, foi criada tal gratificação adicional paga com recursos do FMS/SUS num primeiro momento a funcionários que exercem funções de direção e de confiança na SMS e depois aos funcionários vinculados ao Programa Bairro Saudável. Observando-se o pagamento da referida gratificação durante o período, percebe-se o franco crescimento, o que torna mais preocupante ainda sua existência.



Fonte: SMS e CMS. Cálculos do Autor.

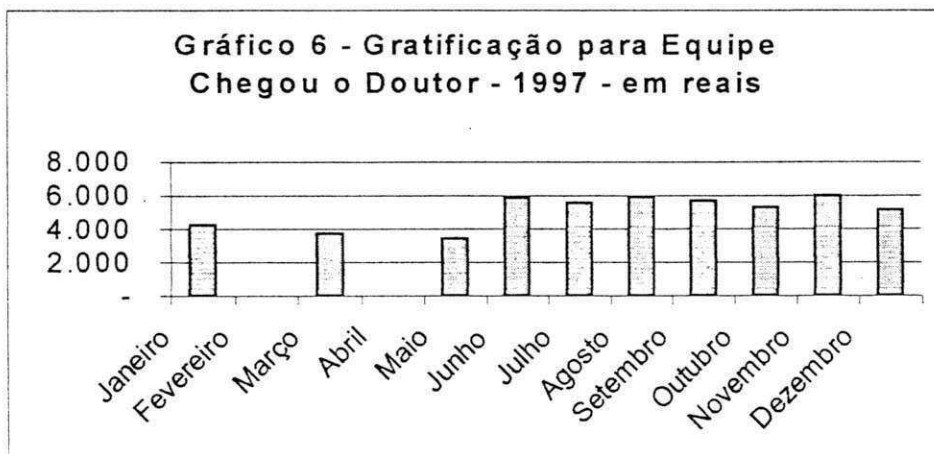
A gratificação em questão, criada por decisão unilateral da Secretaria, em março de 1998, tem uma trajetória ascendente, terminando o ano com quase R\$30.000,00 pagos no mês de dezembro. Alguns funcionários beneficiados já recebiam a mesma gratificação em seus contracheques, além da GIT e até de outras vantagens, a exemplo de pagamento de tratamentos médicos especiais. Por outro lado, o montante de recursos despendido em GNT praticamente não teve retorno visível do ponto de vista de melhoria dos serviços oferecidos pela secretaria.



Fonte: SMS e CMS. Cálculos do Autor.

A terceira maior gratificação paga em 1997 foi a dos profissionais do PSF. A pretexto de reajustar os vencimentos dos profissionais do referido programa, foi dada uma gratificação, correspondente a 25% das remunerações dos profissionais. Provavelmente por representar menos encargos para a SMS foi escolhida esta forma de aumento dos salários pagos às equipes do PSF. Lembramos porém que da totalidade dos servidores da SMS, os únicos a não receberem a GIT são os membros das equipes do PSF.

A quarta maior gratificação é a da equipe do programa Chegou o Doutor. Esta merece uma atenção especial, visto que seus profissionais recebem também a GIT. Trata-se de uma gratificação a mais, significando estímulo extra a um programa que está na contramão do processo de municipalização e modificação da lógica predominante do SUS. O Programa Chegou o Doutor não se enquadra na política de atenção à saúde, destacado nos documentos do Ministério da Saúde, a exemplo do PACS e PSF. Neste programa o atendimento é eventual, fortuito, restrito apenas aos dias em que o carro visita os bairros e promove alguns tipos de atendimentos pontuais. Contrapõe-se ao modelo do PSF, a ser discutido na seção no capítulo 4, que é permanente, com público-alvo definido e acompanhado pela equipe. Ao manter este programa e em alguns momentos divulgá-lo como um dos seus principais produtos, a SMS marcha na contramão da tendência nacional.



Fonte: SMS e CMS. Cálculos do Autor.



A atual evolução da utilização dos recursos do Fundo Municipal de Saúde aponta de um lado para uma queda nos investimentos e de outro para um aumento nas despesas variáveis, especialmente o pagamento de gratificações. Considerando o aumento de outras despesas que não possuem um valor estratégico para o Ministério, a atual composição leva a idéia de desperdício, do ponto de vista de resultados para a população.

### **3.3. Evolução e desempenho do modelo tradicional de atenção básica à saúde**

Nesta seção será feita uma análise da evolução e desempenho do modelo tradicional de atenção básica em Campina Grande. O que aqui é chamado de modelo tradicional é o que vem predominando na atenção básica, que prioriza a cura e tem como local os postos de saúde, as unidades básicas de saúde ou escolas e unidades credenciadas. É um modelo que faz o atendimento a partir da procura do usuário e que objetiva meramente a cura da enfermidade específica daquele momento.

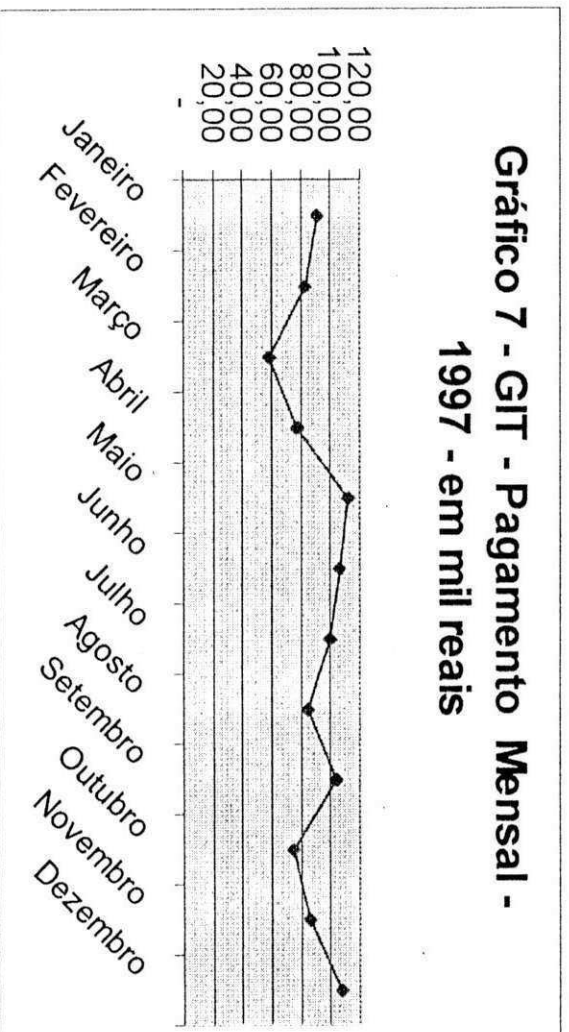
A este modelo contrapõe-se o modelo baseado na atenção especial com a educação sanitária da população e a prevenção de doenças realizado principalmente através do PSF e PACS. Neste modelo a atenção é contínua; inclusive, englobando visitas em domicílios e com a compreensão da saúde como uma categoria mais ampla, que inclui elementos econômicos, sociais e ambulatoriais, entre outros. Assim sendo, faz parte da saúde do indivíduo suas condições de vida, higiene, culturais, sociais e econômicas. A luta do médico passa a ser também pela melhoria da qualidade de vida do usuário, o que pode incluir, por exemplo, campanhas para a feitura da rede de esgotos de uma localidade, aumento da segurança e distribuição de renda, entre outros.

A análise do sistema tradicional engloba a rede de responsabilidade da SMS, com exceção dos programas PSF e PACS. A

discussão que traremos aqui, incluirá aspectos dos custos deste sistema, de modo a se ter uma idéia dos gastos totais da SMS na atenção tradicional.

A observação da rede básica municipal que fornece atenção à população revela que se trata de uma rede que é paradoxalmente cara, ineficiente e que, ao mesmo tempo, paga baixos e desestimulantes salários aos servidores. É ainda comum ouvir reclamações quanto à ineficiência no atendimento dos postos de saúde.

Como foi visto, entre os custos dos postos e unidades de saúde estão as gratificações concedidas ao pessoal. A principal das gratificações é a GIT - Gratificação de Incentivo ao Trabalho. A GIT foi aprovada pelo CMS e tem por objetivo principal estimular os servidores pelo trabalho, de modo a aumentar a sua produtividade. Em 1997, os gastos com a GIT apresentaram o comportamento abaixo:



Fonte: SMS e CMS, Cálculos do Autor.

O gasto médio mensal com a GIT é de R\$90.500,00. Este é o custo que o FMS tem a título de gratificação para os servidores. Os critérios para o pagamento desta gratificação variam de acordo

com o tipo de função do servidor. Para os servidores que estão envolvidos em atividades consideradas produtivas, ou seja, que geram procedimentos remunerados pelo SUS, a gratificação é paga a partir da produção individual. Para os demais que trabalham para viabilizar a produção, a gratificação é paga de acordo com o nível da função e com a frequência ao trabalho.

Conforme analisamos no capítulo anterior, outras gratificações foram criadas com a finalidade de estímulo aos servidores. Fazem parte destas gratificações a GNT (gratificação por natureza de trabalho), a gratificação das diretoras de centros de saúde e de unidades básicas de saúde, gratificação Programa Chegou o Doutor, além de outras gratificações esporádicas.

A GNT por não ser regulamentada, não teve critérios definidos para o seu pagamento. Parecia tratar-se de uma gratificação a critério do Secretário Municipal e de sua equipe de contabilidade. Entre os recebedores desta gratificação estavam alguns chefes de departamento da SMS, apesar de outros que detinham cargos equivalentes, não receberem. A partir de novembro, os servidores vinculados ao Programa Bairro Saudável, principal programa incentivado pela gestão anterior da SMS, também passaram a receber, contribuindo para um aumento substancial em seus pagamentos.

Outra gratificação criada foi a relativa aos cargos de diretoria, nos centros de saúde e nas unidades básicas de saúde. Embora seja fundamental para estimular profissionais a assumirem cargos administrativos, esta gratificação peca pela duplicidade em função da existência de uma GIT especial para diretoras. Assim, um profissional que exerce cargo de diretoria pode perceber a GIT pelos procedimentos prestados e pelo exercício do cargo de diretor, além de uma gratificação especial novamente pelo exercício do cargo de diretor. Há, portanto, dupla gratificação, por ser o servidor diretor de uma unidade. Há ainda duas gratificações do PACS, para as assistentes sociais e a título de ajuda por deslocamento rural e dedicação exclusiva.

Isto além de encarecer a assistência básica, significa uma quantia considerável de recursos desperdiçada, do ponto de vista de seu retorno para a sociedade.

Por fim, entre os gastos com pessoal, destacam-se também as gratificações com o pessoal do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), que representaram 8,5% dos gastos do FMS, ou R\$324.005,32, pagos durante o ano de 1997. As gratificações são pagas como percentuais da produção dos profissionais daquele instituto, intituladas de Vínculo 4. Vale dizer que, além de perceberem esta gratificação, os mesmos profissionais também recebem a GIT pelos mesmos procedimentos realizados.

Entre os outros custos, alguns merecem reflexão pelo seu caráter questionável do ponto de vista social. É o caso dos gastos com exames e consultas em pacientes (ditos) carentes, aluguel do prédio onde funciona a SMS, ajuda de custo para funcionários, locação de automóveis, motos e despesas com combustíveis, que somadas representam aproximadamente 7,5% das despesas do FMS em 1997.

O caráter questionável destes últimos gastos referidos dá-se porque os exames e consultas são feitos em clínicas particulares, não conveniadas, em alguns casos exames cobertos pela rede básica e também pelo fato de que algumas das pessoas consideradas carentes serem conhecidas profissionais ligadas à Prefeitura ou a familiares destes. Certas despesas com ajuda de custo tornam-se questionáveis porque algumas delas se referem a tratamentos de saúde de funcionários com cargo de confiança na SMS. Os gastos com aluguéis alimentam uma polêmica existente sobre a necessidade e viabilidade da SMS utilizar as dependências da antiga Casa de Saúde Dr. Francisco Brasileiro, uma vez que a SMS e o Serviço Municipal de Saúde ocupam apenas uma pequena parcela do prédio e dos equipamentos, objetos da locação. Os gastos com aluguéis, combustíveis e peças de automóveis são questionáveis pelo seu alto valor, pois o valor médio do aluguel mensal, com a devolução do mesmo aos proprietários nos finais de semana e feriados, avalia-se em R\$600,00, com o desgaste e a utilização de

combustível. Cria-se portanto um vínculo vicioso entre o dinheiro público e a propriedade privada, com evidente benefício para o setor privado. Neste sentido, é importante frisar que o valor da prestação de um automóvel popular financiado é inferior a R\$300,00.

Outro gasto questionável, inclusive, pelos diversos sindicatos das categorias representativas dos trabalhadores vinculados a SMS, é a grande quantidade de prestadores de serviços pagos através do FMS. Esta categoria passa a existir apenas a partir de 1997. O gasto com prestadores de serviço somou o montante de R\$163.536,40 em 1997, o que representa 5,17%. Se, por um lado, pode implicar em economia para os cofres públicos, porque isenta o contratante de pagar os direitos trabalhistas, a contratação de prestadores de serviços traz de volta vícios perigosos, comuns até a promulgação da Constituição Federal de 1988: a admissão dos profissionais motivada, na maior parte dos casos, por critérios que envolvem vínculos políticos, pessoais ou familiares, tendendo a transformar o setor público em uma espécie de oligarquia. Cada prestador de serviço contratado significa uma vaga a menos nos concursos públicos. Este é, portanto, um elemento importante na transformação do setor público em algo fechado, em que as afinidades pessoais ou políticas acabam sendo os critérios maiores para as contratações.

Do ponto de vista da execução dos serviços, algumas limitações, próprias do modelo tradicional, impedem que hajam maiores avanços. O fato de preocupar-se apenas com a cura de doenças, contribui para que o contato com o usuário seja motivado praticamente apenas pela necessidade de uma diagnóstico. As ações preventivas, presentes no conceitos de saúde do movimento sanitaria e no projeto do SUS, ficam praticamente descartadas, ou são feitas num plano inferior.

## **IV - OS DESAFIOS DA MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE EM CAMPINA GRANDE E SUAS PERSPECTIVAS INQUIETANTES**

No contexto da atual estrutura de utilização de recursos e de uma estratégia nacional clara de atenção à saúde, o processo de municipalização da saúde avança no país. Claramente a SMS não tem mostrado sinais de que está se preparando para a nova realidade, levando em conta a manutenção da atual estrutura de alocação de recursos. Os pronunciamentos dos responsáveis pela gestão municipal também não indicam a possibilidade dos grandes redirecionamentos que os desafios atuais estão a exigir.

Neste capítulo, discute-se os desafios da municipalização em Campina Grande, frente ao projeto oficializado pelo Ministério da Saúde e a atual estrutura e tendência de aplicação de recursos do Fundo Municipal de Saúde. Será observado, principalmente, como está sendo implantada a estratégia mais importante da estratégia responsável pela reestruturação da atenção à saúde, o Programa Saúde da Família, no município. A atual ênfase dada ao PSF será contemplada, face à falta de definição de um projeto próprio para a mudança, como também os pontos críticos de resistência.

### **4.1. *Os grandes desafios para a implantação de um novo modelo avançado de atenção à saúde em Campina Grande face à municipalização do setor***

#### **4.1.1. A Estratégia Apontada pelo SUS Frente às Especificidades Locais**

A atual estrutura dos gastos do Fundo Municipal de Saúde revela timidez em modificar a atenção à saúde no município. A distribuição dos gastos com os casos de duplo pagamento de gratificações ou de dispêndios que atentam contra a racionalidade dos gastos públicos, levam a poucas perspectivas quanto a transformações.

Neste sentido, em uma primeira etapa da administração atual, o Programa Bairro Saudável era o principal da SMS, a despeito do

incentivo anunciado pelo Ministério da Saúde ao PSF. Embora não conste em nenhum documento da secretaria o que é especificamente o Programa Bairro Saudável, sabe-se que na prática significa o fortalecimento de postos de saúde selecionados, que passam, a partir de então, a realizar procedimentos remunerados e terem preocupações com algumas atividades de caráter preventivo. Em contrapartida, os profissionais envolvidos teriam gratificações diferenciadas, como estímulo a eles próprios participarem.

Embora tenha sido visto como um programa avançado, o Programa Bairro Saudável difere claramente do PSF. Enquanto que este último tem, como uma de suas características principais, o acompanhamento permanente da população adstrita, o Programa Bairro Saudável tem preocupação apenas com a clientela que o procura, eventualmente ou não, no posto de saúde. Perde-se portanto uma das características mais importantes do PSF, que é a prevenção. Ao receber a clientela ocasionalmente, inclusive quando de campanhas preventivas, o Programa Bairro Saudável mostra sua preocupação com a cura.

A partir de uma segunda etapa, com algumas mudanças de orientação da SMS, o Programa Bairro Saudável tende a desaparecer, por sua própria marcha na contramão do que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Isto não quer dizer que o município está se preparando para entrar na municipalização com uma estratégia bem definida. As indecisões e recuos são mais fortes que os avanços demonstrados na conjuntura recente.

Um exemplo claro disto é a entrada formal do município no processo de municipalização da saúde. Um acordo entre Secretaria Municipal e Secretaria Estadual de Saúde fez com que a municipalização ocorresse apenas parcialmente, de forma não prevista na NOB/96. Demonstrando um claro despreparo para assumir totalmente a gestão plena do sistema, ao tempo em que dependia da feitura da Programação Pactuada e Integrada (PPI), o município decidiu renunciar o seu ingresso pleno e imediato nesta forma mais avançada de gestão, ficando provisoriamente habilitado apenas para a gestão da atenção básica e da parcela dos hospitais

públicos. Assim sendo, a municipalização de Campina Grande está em uma situação pouco além que a gestão plena da atenção básica, pois o município já é também responsável pela gestão do Hospital Universitário, tanto no atendimento ambulatorial (inclusive pelos procedimentos não considerados como básicos) quanto hospitalar. No conjunto, entretanto, o município está muito aquém da gestão plena do sistema, porquanto os repasses do setor privado e filantrópico estão sob a responsabilidade da gestão estadual.

Embora estejam presentes nesta decisão interesses políticos diversos, que vão desde a resistência natural da Secretaria Estadual em não ceder parcela importante de seu poder para os municípios, ou mesmo a dúvida quanto às novas regras, o que inclui até possibilidade de tetos orçamentários menores para as unidades hospitalares, pode-se dizer que o principal entrave à municipalização completa da saúde tem se dado em virtude da falta de estratégia ou interesse por parte do próprio município. Até então, conforme alertava ROTTA<sup>70</sup>, as grandes lutas na saúde preocupam-se quase que exclusivamente com reivindicações por mais verbas para o setor. Enquanto isto não há um esboço por parte da SMS de uma estratégia para a municipalização e, conseqüentemente, para a construção de um novo eixo estrutural das atividades sanitárias. Assiste-se atualmente apenas a passos contraditórios, que não deixam claro qual o verdadeiro plano da SMS para a saúde do município.

O Plano Municipal de Saúde para o período compreendido entre 1997 e 2000, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 11 de junho de 1997, não contempla estratégias face à nova realidade que virá com a municipalização. A discussão e aprovação do plano deram-se em clima de constrangimento, em função de imperativos de tempo, em razão das exigências formais para o pedido de municipalização. No Plano, encontram-se apenas metas isoladas, elaboradas pelos diferentes departamentos que fazem a SMS, mas

---

<sup>70</sup> As Relações Quantitativas do SUS em Campina Grande e o Processo de Municipalização da Saúde, p. 20.



que não significam uma estratégia geral, com eixo estrutural e objetivo definidos.

Referindo-se aos programas PSF e PACS, o Plano preconiza um aumento da população atendida por ambos, no caso de PSF com 20% da população coberta até o ano 2.000 e no caso do PACS o atendimento de 50% da população em igual período. Considerando o caráter de novo modelo, responsável até nas palavras do ex-ministro Carlos Albuquerque, por uma "revolução na saúde", as metas são tímidas. Em 1998, o PSF foi ampliado para 12 equipes, o que representa aproximadamente 12% da população coberta, levando-se a crer, caso o plano continue a nortear as ações governamentais, num acréscimo de no máximo oito equipes nos próximos dois anos.

Quanto ao PACS é importante destacar a forma de parceria que atua junto com o PSF. O PSF foi criado com indissociável parceria com o programa PACS. O acréscimo do PACS ganha mais importância se realizado dentro do acréscimo das equipes de médico de família. Por outro lado, é ainda tímida a incrementação do programa para apenas 50% da população, vez que se trata de ações preventivas realizadas pelos agentes de saúde, fundamentais na lógica destacada na NOB/96.

As demais metas constantes no Plano Municipal são especificidades praticamente naturais dos diversos departamentos da SMS. Metas como capacitação de recursos humanos, continuidade de programas, elaboração de prestação mensal de contas, entre outros, são basicamente naturais e até pré-requisitos para a habilitação do município na gestão plena do sistema.

À falta de uma estratégia de mudança, conclui-se obviamente que a SMS tende a manter a estrutura atual. Por ela, o cidadão tem a liberdade para escolher o atendimento que melhor lhe aprouver, seja através dos centros de saúde ou hospitais conveniados. Ganham destaque neste sentido os atendimentos realizados no Hospital Universitário (HU).

Há, portanto, uma tendência à manutenção do atual quadro. Neste sentido, os programas específicos como o PSF, PACS e outros

criados pela Secretaria, a exemplo do Chegou o Doutor, Bairro Saudável, servem como experiências-piloto, ou como complementares à estratégia geral. Descarta-se praticamente assim a constituição de um novo eixo estrutural para a atenção à saúde.

Neste sentido, é fundado o temor que, quando o município vier a assumir a efetiva gestão plena do sistema, haja apenas mudança na pessoa que irá repassar o cheque para a remuneração dos serviços prestados. Se hoje a União via estado, remunera os prestadores, seria então o gestor municipal, a partir dos tetos pactuados e enviados pelo Ministério, que passaria a assinar o cheque.

A municipalização só tem sentido se for instrumento para modificação na qualidade do SUS e no controle exercido pela sociedade sobre a qualidade, a quantidade de serviços, as receitas e gastos na saúde. Caso isso não aconteça, será mera mudança formal, inútil, estéril sob o ponto de vista da busca de eficiência e das reivindicações populares.

Embora não se diga que em Campina a municipalização seja nula do ponto de vista de melhorias da saúde, pode-se dizer que as perspectivas não são das mais otimistas. Se, por um lado, alguns avanços já são verificados, a exemplo da constituição de um Serviço Municipal de Saúde com um atendimento satisfatório e da implementação prevista de uma central de consultas, por outro lado, pode-se dizer que estes ainda são muito tímidos e vagarosos, face à demanda social reprimida.

Os interesses em jogo são personificados principalmente nos proprietários de hospitais, receosos quanto às mudanças que possam ocasionar em perdas para o setor. Vêm-se empregados que reivindicam participar, num maior percentual, dos recursos recebidos com o processo de municipalização, através de aumentos salariais ou de gratificações. A falta de uma estratégia faz com que, intencionalmente ou não, a SMS fique refém destes grupos de interesses, que de forma corporativa, aprisionam os recursos e enfraquecem o debate em relação às mudanças estruturais na saúde.

#### 4.1.2. O Imperativo de Reforçar a Atenção Básica Como Porta de Entrada do Sistema

A falta de uma estratégia clara, definida, impede que seja modificada a porta de entrada do sistema, um dos elementos essenciais na NOB/96. Tornar a rede básica a porta de entrada significa fazer da atenção básica a única maneira por que os indivíduos possam ingressar nos serviços do SUS, com exceção dos casos de acidentes em que o atendimento de emergência há de ser feito diretamente em hospitais. Segundo ROTTA, "isto significa que ela deve dar resolutividade à grande maioria de seus demandantes"<sup>71</sup> e, conseqüentemente, enviando para clínicas, laboratórios e hospitais os casos necessários. Isso significa uma filtragem nos casos encaminhados para esses serviços especializados. Segundo ROTTA<sup>72</sup>, a rede básica não vem cumprindo este papel, por razões de infra-estrutura física, recursos humanos, tanto no aspecto salarial, além de falta de formação e treinamento. Outro elemento importante é o descrédito por parte da população nos serviços prestados pela rede básica.

Trata-se portanto, ainda segundo o mesmo autor, de um dos mais sérios desafios ao gestor municipal, podendo desencadear uma transformação profunda do sistema de saúde local. Para tanto, se faz necessário a reorganização, capacitação das unidades e o resgate pleno da credibilidade da atenção básica no município. Isso levará a uma alocação de serviços mais próxima da ocorrida realmente. A partir do instante em que os pacientes que procurarem os serviços especializados forem indicados pelos médicos da atenção básica e, portanto, com demandas já definidas e prescritas, contribuindo assim para diminuir as fraudes no setor. Além de ter uma fatura de prestação de serviços mais próxima da realidade, tenderá a haver uma disponibilização de recursos maior para o gestor municipal, que pode ser utilizado no aperfeiçoamento do próprio sistema de saúde.

---

<sup>71</sup> Artigo "Campina Grande e a Municipalização da Saúde".

<sup>72</sup> Idem.

Para que isso obtenha sucesso, é fundamental a criação de uma central informatizada de marcação de consultas. Anunciada para breve pelo gestor municipal, esta central deve ser responsável pela marcação das consultas especializadas e internações hospitalares. Para o êxito pleno desta ação é fundamental, segundo ROTTA, que a mesma seja acionada apenas a partir da rede básica, sem interferências políticas ou benefícios particulares. É fundamental neste sentido que exista apenas o comando meramente técnico na operação da central. Ao ser acionada apenas pelos profissionais da rede básica, a central passa a ser uma das garantias de que se tornará efetivamente a porta de entrada do sistema, impossibilitando assim outras formas de acesso. Acredita ROTTA, que os serviços, a partir de então, passarão a existir em função da vida do usuário e não o inverso, como vem ocorrendo. O usuário sairia da rede de controle do município apenas nos casos em que efetivamente necessitasse, evitando assim para o município o dispêndio desnecessário de recursos, e só teria acesso aos serviços recomendados pelo médico.

Outro aspecto importante da central automática de consultas é a possibilidade de se criar, a partir dela, um banco de dados com diversas informações relativas à morbidade ou relativas ao perfil de demanda de serviços especializados e internações. Isto permite ao município observar quais as principais carências da população e direcionar os recursos para corrigi-las.

No caso de fraudes ou descuidos, há a possibilidade de identificação de certos casos, a partir da observação das demandas individuais: um médico que recomenda constantemente exames especializados, despendidos, mesmo com diagnósticos mais simples, pode ser detectado através do sistema. Outro aspecto do banco de dados seria a disponibilização de informações sobre a origem do paciente (o que facilitaria o reembolso ao município, no caso de usuários vindos de fora), sua referência, o número de atendimentos realizados e o perfil do atendimento.

Além dos aspectos citados, haveria a possibilidade de acabar com as filas nos postos de saúde, hospitais e clínicas

especializadas. Como seria marcada a consulta previamente, o indivíduo não precisaria mais perder horas, muitas vezes noites inteiras na fila apenas para marcação das consultas. Outra fila passível de ser eliminada seria a da consulta, uma vez que a central permite a marcação das consultas com hora e dia marcados, possibilitando uma melhor organização por parte do usuário.

O maior obstáculo para a implantação de uma central deste tipo diz respeito ao número extenso de participantes, uma vez que é praticamente inviável a sua adoção por apenas um município. Como no município acontecem atendimentos de usuários de outras cidades, faz-se necessário o estabelecimento de critérios para a remuneração, inclusive, de pessoas oriundas de outros estados. A central já é realidade no estado do Rio Grande do Norte, onde funciona há mais de sete anos. Segundo ROTTA, neste estado, "a despeito de ter tornado muito mais prático e confortável o acesso da população à rede de saúde, o número demandado de serviços declinou significativamente".

Em Campina Grande, apesar do anúncio de implantação em breve da central, não há ainda clareza sobre a abrangência e seu significado. Há sinais de que sua existência significará apenas maior facilidade de atendimento para o usuário, eliminando ou diminuindo a necessidade de enfrentar filas, entretanto, ainda sem a transformação desta na única porta de entrada do sistema. Isto, entre outros motivos, pelo fato do gestor municipal ainda não ter sido habilitado para a gestão plena do sistema, não podendo portanto agir na priorização dos serviços e na dos hospitais. Por outro lado, nada impede que os primeiros passos sejam dados neste sentido.

Outro elemento fundamental na consolidação da atenção básica é a constituição do PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde. O agente de Saúde é uma pessoa da comunidade, que detém algum tipo de liderança e que se responsabiliza pelas iniciativas. Por isto, é um dos requisitos para a entrada da pessoa no programa que ela more na comunidade.

O agente de saúde é um dos responsáveis por algumas das ações básicas de saúde, de forma preventiva e contínua, nas áreas cobertas pelo programa. Segundo o ex-ministro Carlos Albuquerque<sup>73</sup>, o papel dos agentes, assim como do PSF e da volta dos postos de saúde como porta de entrada do sistema, é fundamental para o êxito do sistema de saúde, levando-o a ter um nível de eficiência desejado pela população.

O Ministério da Saúde repassa R\$1.500,00 por agente inscrito no programa, por ano, o que representa o valor per capita mensal de R\$125,00. Um agente comunitário é responsável pela assistência de 450 a 750 pessoas. Após selecionados, os agentes são treinados por um enfermeiro vinculado a uma unidade básica de saúde. Após isto, têm como função a visita dos domicílios em sua área de atuação, o cadastramento de cada habitante, o registro da realidade individual da comunidade e a instrução da população a respeito da promoção da saúde e prevenção de doenças<sup>74</sup>. A NOB/96 incentiva este programa com acréscimos financeiros, conforme foi visto no capítulo 1.

Em Campina Grande, a SMS remunera os profissionais do PACS como prestadores de serviço. A remuneração atual é de R\$150,00 mensais. Como são prestadores de serviço, estes profissionais não gozam dos mesmos direitos dos servidores públicos. Apenas têm direito ao pagamento de vale-transporte. Os instrutores e assistentes sociais percebem gratificações.

Apesar do baixo salário e da instabilidade, o último processo de seleção do PACS foi um dos mais concorridos. O Plano Municipal de Saúde prevê a ampliação da cobertura populacional pelo programa, de 27% para 50%, até o final do ano 2.000. Devido ao baixo custo e aos incentivos concedidos pelo MS, pode-se dizer que a meta ainda é muito tímida. Vale repetir que uma cobertura superior a 60% implica em um PAB maior em pelo menos 12%, o que significaria no caso local um acréscimo de aproximadamente

---

<sup>73</sup> Artigo A Volta dos Postos de Saúde.

<sup>74</sup> Extraído de O Que Muda Com o PAB?, p. 5.

R\$438.000,00 no ano. Considerando o alcance do programa e os bons resultados obtidos, este é um investimento de provável bom retorno do ponto de vista da satisfação do usuário.

#### **4.2. A experiência acumulada pelo PSF local e a viabilidade econômica de sua expansão**

Neste capítulo, será discutida a experiência do PSF em Campina Grande e a viabilidade econômica de sua expansão. A preocupação central é observar como o município tem se enquadrado na estratégia geral do Ministério da Saúde. Neste sentido, será feita uma análise dos gastos atuais realizados no PSF, pelo Fundo Municipal de Saúde, programa considerado estratégico, conforme se viu no capítulo anterior.

A motivação para isto vem do fato de que o PSF é visto como um programa caro e, por isso, inviável, do ponto de vista econômico. Será feito um estudo sobre a atual estrutura de receita e custos do PSF e, conseqüentemente, a viabilidade econômica de sua expansão. Afinal, de nada adianta ser eficaz do ponto de vista epidemiológico, se não pode ser financiado. Por fim, será esboçada uma comparação entre o PSF/PACS com o restante dos gastos da rede coberta pela Secretaria Municipal de Saúde.

##### **4.2.1. Aspectos Da Implantação Do Programa Em Campina Grande<sup>75</sup>**

A introdução do PSF em Campina Grande ocorreu na etapa inicial de implantação do programa a nível nacional, realizada a partir de experiências piloto, proposta pelo Ministério da Saúde e do interesse do próprio município, que já vinha estudando a proposta de implantação de um modelo com base no médico de

---

<sup>75</sup> O conteúdo desta seção foi baseada em Pesquisa sobre o PSF, realizado pelo autor e a bolsista do PET Pollyanna Xavier Nunes Farias, sob orientação e supervisão do prof. José Heleno Rotta.

família. O interesse para isto teve início com a ida de médicos e políticos paraibanos à República de Cuba em 1992. Lá, tiveram uma forte impressão deste modelo que é adotado naquele país.

O impacto da visita foi tal que gerou um processo de difusão da experiência cubana em Campina Grande. Na Fetec<sup>76</sup>, a experiência cubana no Programa Médico da Família foi divulgada, inclusive com conferências em Universidades e instituições, além de visitas da comitiva a serviços de saúde da cidade. Após isto, houve uma troca de experiências com médicos de Cuba e do município de Niterói, onde o programa já estava sendo implantado com sucesso. O interesse pelo modelo no município foi, então, ainda mais estimulado, inclusive com a estada de uma médica cubana que permaneceu por vários meses em Campina Grande, orientando o PSF.

Em 1994, após percorridas algumas etapas necessárias, numa relação direta com o SUS em Brasília<sup>77</sup>, a cidade se habilitou para o PSF, sendo uma das quinze cidades escolhidas para servir como modelo ao projeto.

A meta era ousada: buscava-se cobrir cem por cento da população, o que significaria a criação de 75 equipes, cada uma cobrindo em torno de 800 famílias. Já no primeiro ano, esperava-se implantar 15 equipes, sendo seguido uma média de 15 equipes por ano até se chegar à totalidade da população.

Tal meta não foi atingida até hoje devido a problemas de financiamento num primeiro momento e, mais tarde, pelo desinteresse da SMS no programa. Segundo a secretária de saúde da época, Cristina Albuquerque, o teto financeiro do município não permitiu o alcance das metas propostas. Temia ela, desde então, que o não prosseguimento da expansão prevista, levasse o PSF a

---

<sup>76</sup> A Feira de Tecnologia de Campina Grande, é a mais importante feira de tecnologia da região polarizada por Campina Grande e uma das mais tradicionais do Nordeste.

<sup>77</sup> Não houve neste processo, a intermediação da Secretaria Estadual de Saúde, como seria o caminho normal.



ser exceção - e não a regra - do Serviço Municipal de Saúde, levando à sua extinção.<sup>78</sup>

Segundo Erinaldo Guimarães<sup>79</sup>, primeiro coordenador do programa, também podem ser citados a falta de estrutura e dificuldades de gerenciamento, uma vez que não existia uma coordenação estadual para a implantação do programa em Campina Grande, sendo todo o processo realizado com a coordenação nacional.

Outro problema importante na ocasião foi a inexistência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), visto como irmão inseparável do PSF. Os agentes colaboram com os médicos e fazem parte da equipe de saúde. Devido também a isto, o número de equipes iniciais também foi reduzido: apenas cinco equipes foram instaladas, em três bairros: Pedregal (três equipes), Tambor e Mutirão.

Os três bairros foram escolhidos, a partir de um levantamento técnico, que levou em consideração dados epidemiológicos, como mortalidade infantil, mortalidade proporcional por doença infecto-contagiosa e percentual de baixo peso ao nascer. As comunidades consideradas mais carentes foram escolhidas, a exceção do Tambor, escolhida como outra experiência piloto. Segundo Erinaldo Guimarães, os três bairros saltaram aos olhos no levantamento feito, especialmente o Pedregal e o Mutirão.

O Pedregal possui mais de 10 mil habitantes e é considerado uma das favelas mais problemáticas da cidade. É um bairro conhecido por sua marginalidade e por problemas sociais que se tornam manchetes de jornais especialmente à época de chuvas. Em suas ruas vê-se desde ruas calçadas, ruas de calçamento entrecortadas por vielas, até ruas com esgotos, correndo a céu aberto.

---

<sup>78</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: Uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde. Documento Preliminar, março/96, p.49.

<sup>79</sup> Em entrevista realizada pelo autor, juntamente com Pollyanna X. N. Farias.

No Mutirão, bairro distante a 10 quilômetros do centro da cidade, a situação não é diferente. Os problemas sociais se mostram claros num lugar afastado e sem vizinhança. Tal característica fez do Mutirão um local ideal para a implantação do PSF, uma vez que as cerca de 700 famílias moradoras do lugar estão bem delimitadas e com problemas sociais graves. O bairro também foi visto como desprovido de serviços públicos essenciais, e a primeira preocupação da equipe foi de tentar resolvê-los.

O Tambor é dos três, o bairro de melhor situação. Considerado um bairro de classe média baixa, ele já possui alguns dos serviços básicos, embora necessite de mais atenção por parte do setor público. O Programa atende apenas a uma parte deste bairro, exatamente onde foram encontrados os principais problemas.

A fim de tornar o programa estimulante para médicos e demais profissionais, a remuneração do PSF em Campina Grande, também é diferenciada do sistema tradicional. O salário inicial para um médico do PSF foi estipulado em dois mil reais, considerado adequado para a realidade da região e para quem teria que se dedicar exclusivamente ao projeto. Para os enfermeiros, mil reais e para os auxiliares de saúde trezentos. Em 1997 foi concedido um ajuste, a título de gratificação, na ordem de R\$500,00 para médicos, R\$250,00 enfermeiros e R\$150,00 para os auxiliares de enfermagem.

Os profissionais das equipes em Campina são contratados pelas associações de amigos, de cada um dos bairros. Os recursos oriundos do SUS são recebidos e repassados pela Secretaria Municipal de Saúde, como subvenções sociais, que se responsabiliza pela estratégia geral do programa.

Os primeiros profissionais das equipes foram selecionados em um processo público de seleção, constituído de prova escrita, entrevista e análise curricular. Após a aprovação, foi feito um treinamento, onde foram vistos os princípios do programa e a realidade de cada local beneficiado.

As normas orientadoras de todo o processo de seleção, implementação e orientação das equipes, foram os planos

operacionais de 1994 e 1996, elaborados pelo Ministério da Saúde. Cada equipe atende em média a 700 famílias e a uma população adstrita. Seus membros trabalham 8 horas por dia fazendo consultas e outras atividades como trabalhos em grupo de gestantes, hipertensos, desnutridos e outros.

Como a população, onde as equipes atuam é muito pobre, um trabalho realizado por elas de grande importância foi a instrução de como se faz e como se utiliza a multimistura para evitar ou diminuir a desnutrição. Segundo as médicas e enfermeiras, muitos casos de desnutrição, sobretudo infantil, foram revertidos, e além disso já está se criando uma fonte de renda, pois existem pessoas que estão fazendo a multimistura para vender.

Uma tentativa frustrada das equipes foi a de realizar parcerias com as demais secretarias municipais. Muitas das ações necessárias para modificar a realidade dos bairros só é possível em parceria com secretarias e empresas estatais, a exemplo da CAGEPA, CELB e TELPA<sup>80</sup>, entre outras. Por outro lado, foram conseguidas outras parcerias com professores universitários e equipes de estudantes de várias especialidades da medicina, assim como estudantes de outros cursos, a exemplo do curso de Direito.

Entre as atividades desempenhadas pelos profissionais do PSF, estão a realização da assistência contínua, em ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, características do nível primário de atenção, tendo como campos de intervenção o indivíduo, a família, o ambulatório, a comunidade e o meio ambiente.

---

<sup>80</sup> Respectivamente, as companhias responsáveis pelo fornecimento de água, energia elétrica e serviços de telecomunicação na cidade.

## 4.2.2. O PSF É Viável?

### 4.2.2.1. Observações Sobre A Receita do Programa

Embora seja um programa de resultados positivos do ponto de vista epidemiológico, o PSF tem sido questionado por técnicos, sindicalistas e outros profissionais da área de saúde, por seu alto custo, o que o faz inviável do ponto de vista econômico.

Em Campina Grande, a meta inicial era a implantação de 15 equipes do programa, inclusive com os gastos incorporados no Orçamento Municipal de 1997. Apenas em 1998 é que houve um aumento das cinco, inicialmente implantadas, para doze equipes. Segundo a Secretaria de Saúde, o motivo para a lentidão do processo é que o programa é muito caro e deficitário.

Nesta seção, há uma análise sobre a viabilidade econômica do programa, a partir da observação das estruturas de custo e produção nas unidades básicas, sedes do programa. Para a análise, escolhemos os anos de 1996 e 1997, período em que houve um revelado esforço por parte da SMS para aumentar as receitas e diminuir as despesas do programa, numa tentativa de minorar os déficits existentes.

Uma das grandes dificuldades encontradas para analisar as contas do PSF foi a de obter, junto a SMS, uma base de dados confiável para análise. É comum na linguagem de técnicos e funcionários da SMS a visão de que o PSF é caro e deficitário e por isto mesmo inviável, no tocante à sua generalização.

Ao observar-se os dados referentes às receitas, viu-se que os técnicos da SMS não consideram em suas análises o reajuste de 25% nos procedimentos do MS e, por outro lado, incluiu nos empenhos do PSF custos que não pertencem ao programa, subestimando receitas, por um lado, e superestimando as despesas, por outro, o que provocou um déficit muito maior que o real apresentado pelo programa. Apesar de continuar havendo déficit, quando descontadas as distorções no cálculo, vê-se uma considerável redução nele, revelando ser bem menor o esforço da SMS para cobrir os custos adicionais do programa.

A seguir, será feita uma explanação sobre a composição das receitas e despesas do PSF em Campina Grande. A impossibilidade de se obter o total dos custos, em virtude da junção destes com outras despesas, por parte da SMS, fez com que houvesse a necessidade de se estimar alguns valores.

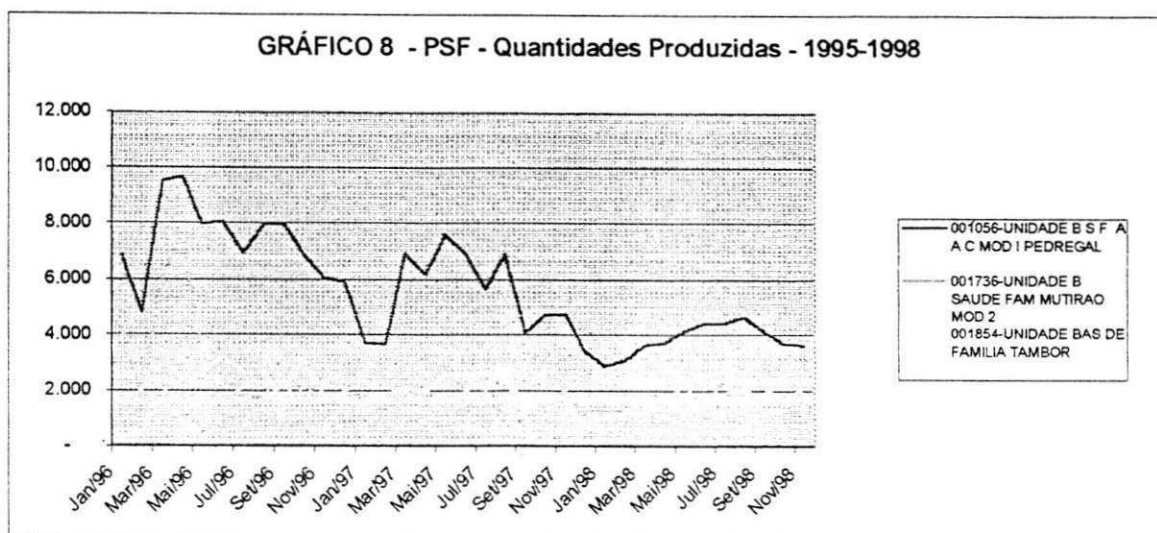
Em 1996, segundo informações divulgadas pelo MS, os valores produzidos e recebidos<sup>81</sup> a partir do faturamento das unidades do PSF, foi respectivamente de R\$ 298.827,12 e R\$246.438,41, o que significa uma glosa de R\$52.388,71, nos procedimentos realizados pelas equipes. Em 1997, os valores produzidos e recebidos foram respectivamente de R\$243.521,48 e R\$227.413,16, significando uma glosa de R\$16.108,32. Apesar da queda na glosa, vê-se um declínio significativo nas receitas do programa, de R\$55.305,64 no valor produzido e de R\$19.025,25 nos valores recebidos.

O motivo para tais subtrações, deve-se principalmente à diminuição na quantidade de procedimentos realizados, pelas cinco equipes do programa. Conforme pode-se observar no gráfico abaixo, apenas a equipe do Tambor, que apresentava níveis baixos de produção, obteve aumento em 1997 e nova diminuição nos meses de 1998, embora com tendência de recuperação neste último ano.

Observando-se o resultado total anual, vê-se que houve uma diminuição de 151.821 procedimentos realizados em 1996, para 109.782 em 1997 e 79.178 até novembro de 1998. Descontando as quantidades glosadas, vê-se também decréscimos, passando de 125.749 procedimentos em 1996, para 102.406 em 1997 e 71.418 em 1998.

---

<sup>81</sup> A distinção entre os valores produzidos e recebidos é importante. Os valores apresentados são os valores produzidos pelas unidades e apresentados ao MS para o pagamento pelos serviços prestados. Os valores recebidos são os que o MS efetivamente pagou, após verificar se os procedimentos foram executados conforme as regras estabelecidas.



Ao considerarmos o reajuste de 25% no valor dos procedimentos para o ano de 1997, observam-se, porém, aumentos consideráveis nas receitas. Desta forma, a receita salta de R\$246.438,41 em 1996, para R\$284.266,45 em 1997, um aumento de 15,35%. Vê-se assim que o incremento nas receitas do PSF deve-se à remuneração com reajuste dos procedimentos realizados.

Observando o total recebido por equipe, a distribuição nos dois anos ocorreu conforme o quadro abaixo:

QUADRO 5 - DISTRIBUIÇÃO DA RECEITA ANUAL DO PSF

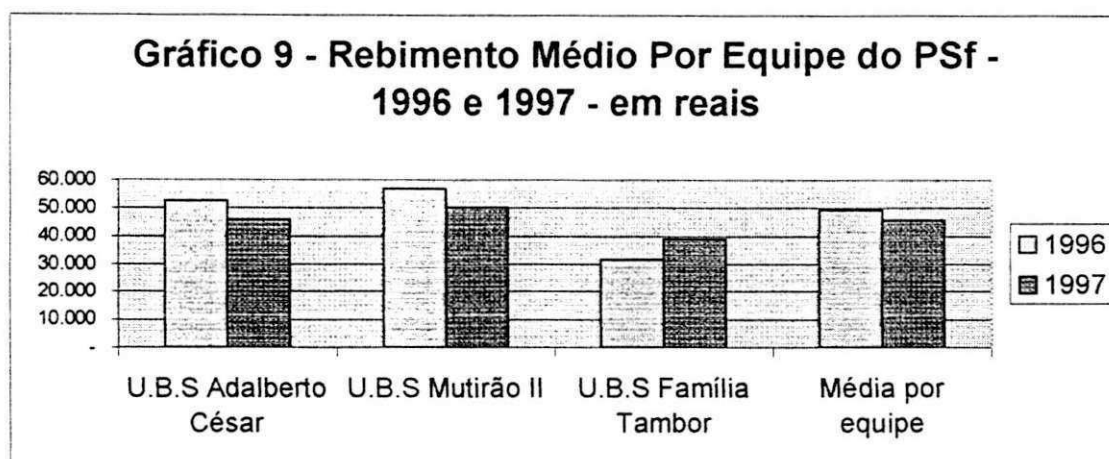
Receita Anual	Nº de Equipes	1996	1997
U.B.S Adalberto César	3	157.800,66	138.041,34
U.B.S Mutirão II	1	57.051,97	50.421,00
U.B.S Família Tambor	1	31.585,78	38.950,82
Total	5	246.438,41	227.413,16

Fonte: MS, DataSus.

Vê-se que as três equipes do Pedregal foram responsáveis por 64,03% e 60,70% das quantias recebidas respectivamente em 1996 e 1997, representando uma média 21,34% e 20,23% por equipe daquele bairro, nos dois anos. A equipe do Mutirão recebeu 23,15% e

22,17% dos recursos e a do Tambor 12,82% e 17,13% também nos dois anos em estudo.

Observa-se claramente uma inferioridade na produção por parte da equipe do Tambor, apesar do crescimento verificado em 1997, como parte da estratégia da SMS em aumentar o faturamento desta equipe, acusada de ser responsável pelo mais alto déficit do programa.



Fonte: MS, DataSus.

Pelo gráfico acima, fica claro que a equipe do Tambor foi a única que obteve aumento em suas receitas, numa média dos recebimentos em cada ano. Isto revela que apenas nesta equipe houve de fato um esforço para aumentar as quantidades produzidas. É interessante ver que quando consideradas em média, as equipes do Pedregal faturaram valores próximos a do Mutirão e não mais altos, conforme a soma das três demonstra.

Uma observação feita por uma das médicas integrantes do programa<sup>82</sup>, permite algumas reflexões importantes sobre a validade de estabelecer critérios tradicionais de produção, para a receita do programa. Segundo a profissional entrevistada, os cuidados oferecidos pelas equipes não possuem, em sua maioria, a mesma característica dos atendimentos realizados em postos de saúde ou

<sup>82</sup> Em entrevista realizada conjuntamente com o Prof. Heleno Rotta e a bolsista do PET-ECONOMIA Pollyanna X. Nunes Farias.

hospitais. Faz parte da rotina dos profissionais do PSF a visita domiciliar, que inclui não só a investigação sobre as questões especificamente ligadas ao dualismo saúde-doença, mas uma investigação mais ampla, sobre as condições sócio-econômicas, psicológicas, entre outras, do indivíduo e sua família. Pode acontecer de, em uma visita, não ser realizado nenhum procedimento remunerado pelo Ministério, embora tenha sido executado um trabalho que, dependendo do caso, pode ter demandado alguns minutos ou horas, por parte do profissional envolvido. Desta forma, o faturamento não é um fim por si para o PSF e muitas vezes uma queda na quantidade de procedimentos pode não significar de fato uma diminuição nos atendimentos efetivamente realizados.

Isto significa que possíveis déficits financeiros não são por si só indicativos da qualidade do programa ou mesmo de controle sobre o efetivo trabalho dos profissionais. Os objetivos do programa não visam atingir aumentos de produção, ou mesmo se enquadrar naqueles itens remunerados pelo Ministério da Saúde.

Este elemento é fundamental do ponto de vista estratégico da SMS, principalmente no momento atual de transição do município, rumo à municipalização plena da saúde. Com o município assumindo a função de gestor, novos parâmetros devem ser criados com a finalidade de mensurar a produção do programa, de modo que englobe o conjunto de procedimentos atualmente realizados e que não contempla remuneração por parte do Ministério da Saúde.

#### **4.2.2.2. Observações Sobre as Despesas do Programa**

No que se refere às despesas do programa, algumas observações prévias são importantes. Este é o item mais controverso quando se trata do PSF. É comum a opinião, principalmente por parte de técnicos da SMS de que o programa é inviável, em virtude dos altos déficits que apresenta, sendo o FMS obrigado a cobri-los, com os recursos provenientes da rede básica. Isto faz com que os



investimentos, nos postos de saúde ou mesmo com que o pagamento de produtividade aos profissionais seja, menor.

Nesta seção mostraremos a atual estrutura das despesas com pessoal do programa, o que poderá ajudar na elucidação dos motivos reais dos altos déficits apresentados, o que pode ser útil na discussão sobre a viabilidade de expansão do referido programa.

Nos dois anos em discussão, a despesa geral passou de R\$363.563,15 para R\$382.223,84, o que representa um aumento de 5,13%, apesar do esforço realizado pela SMS para diminuir os déficits do programa. O fato é que as despesas com pessoal são praticamente fixas e não contemplaram aumentos salariais no período estudado. Apenas alguns dos auxiliares de serviços, profissionais que não fazem parte da equipe do PSF, mas que estão vinculados às UBS sedes do programa, e por isto, incorporados nas listas de pagamentos elaboradas pela SMS, tiveram aumento, uma vez que os mesmos percebem um salário mínimo.

Observando os valores das despesas por equipe percebe-se que o grande aumento verificado se deve à equipe do Tambor, conforme se vê no quadro abaixo:

QUADRO 6 - DESPESA ANUAL DO PSF

Despesa Anual	1996	1997
U.B.S Adalberto César	206.101,99	191.009,00
U.B.S Mutirão II	67.335,40	68.057,89
U.B.S Família Tambor	90.125,76	123.156,95
Total	363.563,15	382.223,84

Fonte: SMS e CMS.

Apesar do esforço de redução de despesas ter significado para as três equipes do Pedregal uma redução nos gastos da ordem de 7,32% e de pequeno aumento na equipe do Mutirão (1,07%), a equipe do Tambor apresentou um aumento de 36,7% em seus gastos, ou de R\$33.031,19.

A compreensão deste resultado do Tambor, parece fundamental para entender o motivo de manutenção dos altos déficits do programa em Campina Grande. Após um período de resistências, a SMS divulgou para o Conselho Municipal de Saúde os dados referentes aos custos do PSF durante o ano de 1997.

Estes dados consistem nas folhas de empenho do programa e das folhas de pagamentos dos profissionais. A análise deste documento revelou que, a partir de 1996, foram incorporados aos gastos da equipe os salários e encargos sociais decorrentes de três enfermeiras coordenadoras do programa PACS.

Embora o PACS tenha um intercâmbio com o PSF, inclusive com participação de um dos seus profissionais na equipe fixa do PSF, a natureza, objetivos e receitas dos dois são distintas. Portanto, nada indica que ambos deveriam estar na mesma folha. Outro aspecto importante é que as enfermeiras coordenam o PACS como um todo, havendo apenas residual atenção à equipe do Tambor, embora a totalidade dos custos de seu pagamento esteja computada nesta folha.

Tal fato não mereceria maior atenção se a separação entre os gastos fosse fácil ou possível de ser feita. O problema é que os gastos com os encargos sociais são pagos conjuntamente, por critérios que nem a Previdência Social saberia dizer, havendo clara dificuldade para sua separação.

Diante disto e da necessidade de ter uma idéia do que representa os gastos reais (ou próximos deles) com a equipe do Tambor, foi possível fazer uma estimativa da demanda. Para isto, vimos qual era a participação dos salários da equipe do PSF na folha total e com este percentual, calcula-se quanto que aproximadamente esta equipe despendeu em encargos sociais. Embora não representem quantias exatas, uma vez que os encargos dependem dos salários dos profissionais individualmente, sabe-se que ao proceder desta forma estar-se-á nos aproximando da realidade.

Com outros ajustes, o novo quadro das despesas ficou da seguinte maneira:

QUADRO 7 - DESPESA ANUAL DO PSF - COM ESTIMATIVA DA UBS DO  
TAMBOR - 1996 E 1997

Despesa Anual	Nº de Equipes	1996	1997
U.B.S Adalberto César	3	206.101,99	191.009,00
U.B.S Mutirão II	1	67.335,40	68.057,89
U.B.S Família Tambor	1	90.125,76	65.552,52
Total	5	363.563,15	324.619,41

Fonte: SMS e CMS. Cálculos do Autor.

Considerando este novo quadro, duas novidades saltam aos olhos: a diminuição na despesa geral, na ordem de 10,71% e também no bairro do Tambor, em 27,27%. Este percentual pode estar comprometido, uma vez que não foi feito, por falta de dados mais detalhados, a estimativa dos meses de 1996 cujos custos referente as instrutoras do PACS já estavam incorporados aos do PSF. Neste sentido, o importante da estimativa é que revela para 1998 custos menores, mais próximos da realidade do que os divulgados pela SMS.

#### **4.2.2.3. Considerações Sobre A Viabilidade Econômica do Programa**

A análise do resultado final do Programa é dificultada pelos diversos critérios a serem adotados para as receitas e despesas.

Ao lado das receitas, algumas considerações são pertinentes e modificam substancialmente o resultado do programa. O MS divulga os dados do PSF segundo os critérios de valores apresentados e valores pagos. A diferença entre ambos é o montante glosado, relativo a procedimentos que não atendiam aos critérios estabelecidos pelo MS. Embora as receitas efetivamente recebidas sejam o que interessa do ponto de vista contábil, a consideração também dos valores apresentados ao MS pode ser importante.

Como o momento atual é de transição, rumo à municipalização plena, alguns parâmetros terão que ser necessariamente revistos. Parte das glosas ocorre porque algumas unidades ultrapassaram o teto físico-orçamentário calculado para a unidade. Isto, entre

outras coisas, pode significar que o teto já não mais atende à realidade da unidade de saúde. Por outro lado, pode expressar que aquela unidade deveria de fato receber por aqueles procedimentos realizados, desde que revistos os critérios e os tetos orçamentários. Neste sentido, o momento também poderia ser de incluir como procedimentos, aqueles especificamente desempenhados pelo programa, a exemplo das visitas e das diversas ações desenvolvidas durante a realização das mesmas.

Além disto, os dados divulgados pelo MS, não incluem os 25% de reajuste nos procedimentos, pagos desde 1996. A inclusão deste percentual é o critério mais correto para observar a real entrada de receitas do programa. No quadro a seguir, é feita uma comparação entre as receitas de acordo com o valor apresentado, valor recebido e com o reajuste de 25%, em ambos os critérios, para o ano de 1997.

QUADRO 8 - RECEITAS DO PSF - DIFERENTES CONCEITOS - 1997

Rec. Anual	Rec. Recebida	Rec. Apresentada	Rec. Recebida + 25% Reajuste	Rec. Produzida - Com 25% de Reajuste
Pedregal	138.041,34	143.051,51	172.551,68	178.814,39
Mutirão II	50.421,00	52.224,01	63.026,25	65.280,01
Tambor	38.950,82	48.245,96	48.688,53	60.307,45
Total	227.413,16	243.521,48	284.266,45	304.401,85

Fonte: SMS e CMS. Cálculos do Autor.

Conforme pode-se ver, dependendo do critério adotado, a receita pode variar em até 33,85%. Parece que cada critério adotado tem a sua utilidade, dependendo da necessidade ou do caso específico. Aqui, serão destacadas apenas algumas das conclusões a que se chegou, ao utilizar os diversos critérios.

Quanto às despesas divulgadas pela SMS, alguns ajustes também precisaram ser feitos. A separação, no bairro do Tambor, das informações relativas às instrutoras do PACS, fizeram com que existissem dois tipos de informações sobre o resultado do

programa: a divulgada pela SMS e outra com a estimacão do peso real das despesas no Tambor.

A seguir, eis alguns dos resultados de viabilidade financeira a que se chegou na análise das equipes. Nos quadros abaixo, são mostrados os resultados finais, obtidos de acordo com os diferentes critérios adotados.

Em primeiro lugar, considera-se o caso de maior déficit, adotado pela SMS, cujas receitas adotadas são as divulgadas pelo Ministério da Saúde e nas despesas não estão estimados os gastos reais com a equipe.

QUADRO 9 - SALDO ANUAL DO PSF - 1996 e 1997

Saldo Anual	1996	1997
U.B.S Adalberto César	(48.301,33)	(52.967,66)
U.B.S Mutirão II	(10.283,43)	(17.636,89)
U.B.S Família Tambor	(58.539,98)	(84.206,13)
Total	(117.124,74)	(154.810,68)
Saldo Médio	(23.424,95)	(30.962,14)

Fonte: MS, SMS e CMS. Cálculos do Autor.

Conforme se pode ver, o déficit cresceu em 32,17% em 1997, havendo um aumento de R\$7.537,19 no déficit médio por equipe. Conforme o critério que se adote, este déficit irá diminuindo.

O outro caso extremo é o que consideramos os valores apresentados (sem glosa), com reajuste de 25% e as estimativas das despesas no bairro do Tambor. Considerando desta forma, chega-se aos seguintes resultados:

QUADRO 10 - SALDO ANUAL DO PSF - COM REAJUSTE DE 25%

Saldo Anual	1996	1997
U.B.S Adalberto César	(27.611,87)	(12.194,61)
U.B.S Mutirão II	2.873,49	(2.777,88)
U.B.S Família Tambor	(39.997,65)	(5.245,07)
Total	(64.736,03)	(20.217,56)
Saldo Médio	(12.947,21)	(4.043,51)

Fonte: MS, SMS e CMS. Cálculos do Autor.

Uma das principais conclusões que se tira das informações acima é a de que o déficit anual médio por equipe é muito menor do que o divulgado pela secretaria. Isto implica diretamente que o esforço feito pela SMS para cobrir o déficit, com prejuízo para gratificações e outros gastos no restante do sistema, é bem menor que o esperado. O déficit aproximado em R\$20.000,00, pode ser perfeitamente reposto pelo PAB variável, na parcela destinada ao PSF.

Mesmo considerando os valores efetivamente recebidos, numa impossibilidade de considerar legais os valores glosados, o déficit não é tão alto, conforme a tabela demonstra:

QUADRO 11 - Saldo Anual do PSF - Com Receita Recebida

Saldo Anual	1996	1997
U.B.S Adalberto César	(48.301,33)	(18.457,33)
U.B.S Mutirão II	(10.283,43)	(5.031,64)
U.B.S Família Tambor	(58.539,98)	(16.863,99)
<b>Total</b>	<b>(117.124,74)</b>	<b>(40.352,96)</b>
<b>Saldo Médio</b>	<b>(23.424,95)</b>	<b>(8.070,59)</b>

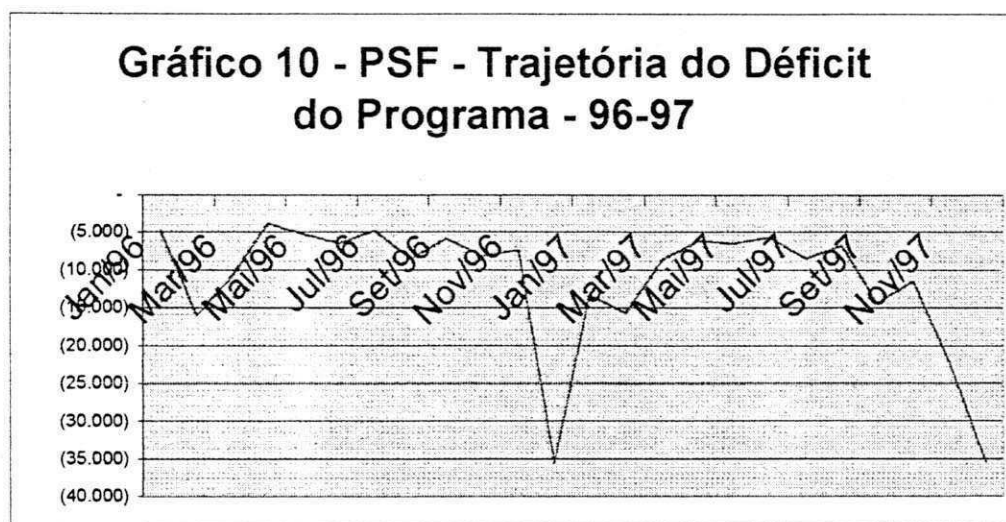
Fonte: MS, SMS e CMS. Cálculos do Autor.

Embora o déficit médio anual por equipe praticamente dobre em 1997, assim como o déficit total, que passa para aproximadamente R\$40.000,00, ainda assim é um déficit possível de ser coberto, desde que o PSF passe a ser visto como prioritário pela SMS.

Outro aspecto importante do déficit é que ele depende do tipo de vínculo estabelecido entre SMS e membros da equipe. Ao que parece, a SMS decidiu contratar estes profissionais pela forma mais onerosa entre as demais realizadas por ela. Como não são funcionários públicos, a SMS paga encargos celetistas típicos das empresas privadas, a exemplo de FGTS, INSS, o que encarece ainda mais o programa. Caso contratasse, por exemplo, como Prestadores de Serviços, a SMS estaria livre destes encargos e do pagamento do décimo terceiro salário. Embora esta última forma de contratação tenha crescido no serviço público nos últimos anos, é

uma das mais indesejáveis, pois abre a possibilidade de contratação por motivos políticos e não garante direitos e estabilidade aos trabalhadores, condições necessárias ao bom funcionamento do programa.

Conforme se vê no gráfico abaixo, nos dois últimos meses do ano, o déficit do programa aumenta, porque é pago o décimo terceiro salário, sem que haja ao mesmo tempo um aumento nas receitas.



Fonte: MS e SMS. Cálculos do Autor.

Vê-se claramente o aprofundamento do déficit nos meses de novembro e dezembro, coisa que é realidade em todas as equipes pesquisadas. Isto indica a necessidade de uma maior transferência de recursos da SMS para o programa nestes dois últimos meses.

Algumas conclusões podem ser retiradas a partir da amostra analisada. Em primeiro lugar, pode-se dizer que a unidade do Tambor, vista como a principal responsável pelo déficit do sistema, tem os seus custos artificialmente superestimados pela SMS, em virtude da inclusão de pagamentos estranhos ao programa. Observou-se assim, que ao estimar as despesas reais, o déficit foi consideravelmente menor, na referida unidade e conseqüentemente no programa como um todo. Outro aspecto importante, é que o teto físico-orçamentário desta unidade é o

menor de todo o programa. Apesar disso, o recebido pela produção é maior que o teto divulgado pela Secretaria Municipal de Saúde e mesmo assim com parte considerável da produção glosada.

Este fato é preocupante, numa conjuntura em que historicamente a secretaria da saúde tem produzido abaixo do teto estipulado, representando uma renúncia considerável, fato aliás alertado por ROTTA & QUEIROZ, em trabalho publicado em 1995<sup>63</sup>. Neste trabalho, entre outros aspectos da questão, os autores alertavam o fato de haver "uma grande inadequação e rigidez da programação tanto física quanto orçamentária", o que impossibilita o remanejamento de recursos superestimados de uma unidade em outra, onde os mesmos não foram suficientes.

Embora a Secretaria renuncie cerca de 2/3 dos recursos previstos na programação físico-orçamentária, na unidade do Tambor onde a produção é maior, há ainda um grande número de glosas, sendo este um dos responsáveis pelo déficit da unidade.

Caso continue apresentando pequenos déficits e até superávits, as equipes do PSF poderão, desde que divulgadas informações mais confiáveis, estar derrubando o mito de que o programa não é financiável. Nossa preocupação aqui se estende, além disto, a saber se o programa é generalizável. Caso apresente superávits, ou déficits pequenos, o PSF já mostra ser, por si só, financiável, portanto viável. Considerando que a NOB/96 oferece incentivos para às comunidades que já tenham implantado o PSF, pode-se esperar com a gestão plena do sistema, um elemento a mais para o PSF. Além disso, pela qualidade do programa, o orçamento municipal poderia complementar o seu financiamento, de forma a garantir o funcionamento satisfatório do programa.

Como o PAB fixo esperado para Campina Grande é de R\$3.448.510,00 anual, para os atuais 5% da população coberta pelas equipes do PSF, haveriam incentivos em torno de R\$103.455,30, mais do que suficiente para cobrir o déficit do programa.

---

<sup>63</sup> ROTTA&QUEIROZ, 1995, p.137.



Além dessas considerações restritas à esfera receita-despesa, resta saber se o programa é viável a ponto de se investir mais em seus indicadores. Segundo informativo técnico da secretaria de saúde, intitulado de Informe Saúde, houve uma redução em torno de 60% da mortalidade infantil, nas áreas cobertas pelo programa. Outros indicadores, a exemplo de crianças nascidas vivas, crianças com baixo peso ao nascer, aleitamento materno, crianças com vacinas em dia, entre outros, são favoráveis, nos locais onde o PSF foi implantado.

Não fizemos evidentemente nenhuma mensuração quanto a esses tipos de benefícios auferidos pela população, em termos de aumento da qualidade de vida. Da mesma forma, não consideramos também a diminuição de custos hospitalares que a presença do PSF enseja. Esses aspectos ficam indicados para serem considerados em uma análise mais detalhada no futuro

No momento em que o Ministério da Saúde propõe uma nova porta de entrada para o sistema de saúde, a partir da ampliação do financiamento de atividades tipicamente preventivas, o PSF vive um momento ímpar. Afinal, além de ser incentivado, com a criação da PAB variável, o programa é capaz de atender ao intuito do ministério de financiar a prevenção e não mais a mera cura de doenças.

Nesse sentido, ainda são tímidas as perspectivas da Secretaria Municipal de Saúde, que em seu planejamento para o período 1997-2000 objetiva chegar a 20 equipes no ano 2.000. Considerando o grau de resolubilidade do programa e o seu incentivo financeiro, um pouco mais de ousadia poderia ser altamente desejável.

#### **4.3. *A falta de definição de uma estratégia própria para a mudança e os pontos críticos de resistência***

A análise da estrutura recente dos gastos do Fundo Municipal de Saúde, revela indefinições, oscilações e pouca sintonia com a

estratégia geral, definida pelo MS. No Plano Municipal de Saúde para o período 1997-2000, existe apenas um conjunto de ações isoladas, com pouco ou nenhum vínculo entre si.

É claro portanto que falta à SMS, uma estratégia clara, definida e oficializada em algum documento, que se ofereça a melhora a atenção à saúde no município. Ao invés disto, esboçam-se apenas ações que rumam em alguns casos por caminhos contraditórios. Ao tempo em que anuncia a criação, para breve, de uma central de consulta a secretaria não possui uma definição sobre o papel dos hospitais na municipalização que se anuncia. Ao tempo em que amplia o PSF, de 5 para 12 equipes, a SMS continua investindo no programa Chegou o Doutor e não se propõe a fazer modificações nos postos de saúde existentes. Ao tempo em que propõe os postos de saúde como porta de entrada, vê-se diminuição na prestação de serviços pela atenção básica. Ao tempo em que anuncia os poucos recursos para investimentos mais transformadores, compromete parcela importante de sua receita com pagamento de produtividade, incluindo os prestadores de serviços da prefeitura.

Apesar destes passos contraditórios, alguns avanços são vistos, embora que muito tímidos e destoando do quadro geral das outras ações esboçadas pela secretaria. O caso do PSF é exemplar neste sentido. Entre técnicos do setor financeiro e grande parte dos profissionais da rede, há posições firmadas contra este programa, impedindo-o de avançar a passos mais largos. Por outro lado, os indicadores do programa falam por si só, a ponto de se tornar modelo para outras experiências em andamento no país.

O momento da municipalização exige da Secretaria um planejamento mais estratégico, que se comprometa a modificar a atenção à saúde no município. A diminuição dos gastos com a atenção básica demonstra porém, que não se caminha com passos firmes, num sentido de transformar a partir da mudança da lógica de atenção, deslocando-se o foco da atenção à doença para a atenção à saúde dos indivíduos.

Enquanto não se define, atendendo aos interesses de atores nem sempre expostos e visíveis, o município corre o risco de transformar a municipalização em ato simbólico, de efeito praticamente nulo sobre a saúde da população. A não entrada do município desde 1998 na Gestão Plena do Sistema e a revogação do controle do município sobre HU<sup>84</sup>, tornam neste momento a municipalização praticamente nula, do ponto de vista financeiro.

Ao mesmo tempo, o município não se revela capaz sequer de modificar a lógica de atenção sob sua responsabilidade há muitos anos, considerada pelo MS como a principal peça transformadora do sistema. Enquanto a atenção continua deixando a desejar, o PSF avança lentamente, outros gastos de efeito social duvidoso ainda continuam fazendo parte da estrutura de dispêndios da Secretaria.

Enquanto adia o momento para a tomada de decisões, ou mesmo procura evitá-las, o município caminha para o início do processo de municipalização sem propostas concretas, viáveis e que venham a atender às necessidades da população. O risco é que, quando de fato a municipalização vier, haja apenas uma mudança no responsável pelo pagamento dos recursos, sem que isto constitua transformações significativas na saúde da população.

Nesta hora, os desafios não serão fáceis para o enfrentamento. A rede hospitalar privada que responde atualmente por mais de 75% dos recursos do SUS, está constantemente articulada no sentido de manter sua posição, seriamente ameaçada pelos cortes sucessivos no número de AIH, por parte da Secretaria de Saúde do Estado ou por alguma atitude estratégica adotada pelo município no processo de municipalização.

---

<sup>84</sup> Segundo o DOU, Seção 1, Página 88, de 12/01/1999, Portaria Interministerial n°22, todo pagamento devido pelo SUS aos hospitais universitários, será feito diretamente a eles pelo governo federal, sendo portanto descontados os valores antes acordados para o PAB do município.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A crise atual do SUS, vivenciada no dia-a-dia pela população, nas filas, nos atendimentos precários em postos de saúde, hospitais e clínicas especializadas é apenas um lado de uma realidade mais ampla e rica, que compõe o sistema de saúde no Brasil, inclusive, com experiências de amplo êxito.

Embora os meios de comunicação denunciem freqüentemente a crise como resultado da falta de uma estratégia coerente por parte do governo federal, o problema também diz respeito às esferas estaduais e municipais.

No que se refere às propostas do governo, substanciadas em normas, portarias, entre outras formas, vê-se um avanço no disciplinamento do SUS. Um acompanhamento das diversas conferências de saúde que houveram até hoje e das leis e normas operacionais básicas, revela que o SUS, como projeto, tem sido aperfeiçoado nos últimos anos e que no campo legal existe um considerável avanço.

É no SUS real, que reside a crise, que leva a debates sobre a necessidade de modificações nos regulamentos do sistema. A análise do caso de Campina Grande revela que falta ainda conhecer a aplicação das atuais normas, antes de pensar em modificá-las. O SUS conhecido na prática não é ainda o SUS que se encontra nas normas do Ministério da Saúde.

Em Campina Grande, a experiência recente do Fundo Municipal de Saúde demonstra que as resistências maiores à efetivação do SUS, como sistema realmente único, podem estar ancoradas muito mais nas esferas estadual e municipal. A lentidão e descrédito demonstrados pela gestão municipal no PSF e PACS, a diminuição dos serviços na atenção básica, demonstram um descompasso entre ações locais e federais. Considerando que houve acréscimo no volume de recursos recebidos, isto se torna ainda mais preocupante.

Embora o município ainda não esteja efetivamente habilitado para a gestão plena do sistema de saúde, a atual distribuição de

gastos do FMS, que aloca quantias significativas em gratificações, ajuda de custo e locações de automóveis, demonstra a pouca possibilidade de mudanças efetivas na assistência à população.

Ao mesmo tempo, o espaço restrito conquistado pelo Conselho de Saúde, face às atribuições a ele delegadas na estratégia do Ministério da Saúde, demonstra atrasos e temores por parte dos gestores quanto a questionamentos e interferências, com bases concretas ou científicas. O atraso no envio das informações, o não cumprimento das decisões do conselho, as manobras no sentido de obstaculizar os trabalhos de fiscalização, demonstram as resistências personalizadas pela gestão municipal.

A experiência campinense do Programa Saúde da Família é um dos exemplos mais expressivos das resistências encontradas. Apesar de viável sob o ponto de vista econômico, principalmente após os incentivos concedidos pelo governo federal, este programa foi relegado durante um longo período e avança lentamente na atualidade.

Há, portanto, a necessidade em Campina Grande de uma maior sintonia com os propósitos oficializados pelo Ministério da Saúde. Antes de um inimigo, o Conselho deve ser visto como um parceiro, presente ativamente nas principais decisões da saúde. Quanto mais públicas forem as informações sobre os recursos, no sentido de transparência das receitas e gastos, maiores possibilidades de avanços haverá no processo de transformação da saúde.

Este espaço a ser ocupado pelo Conselho dificilmente virá da simples compreensão por parte do gestor. É da luta diária, da superação de dificuldades e vacilações internas, e da requisição do auxílio do Ministério Público, como já se vem dando progressivamente, que o conselho poderá cumprir eficazmente o seu papel.

Considerando que atualmente apenas uma pequena parcela dos recursos fazem parte da municipalização atual, gerida pela Secretaria Municipal de Saúde, o momento é propício para a

execução das mudanças necessárias ao bom funcionamento do SUS, antes de assumir a totalidade da gestão. Afinal a SMS responde atualmente apenas pela parte pública da gestão, não interferindo ainda sobre os conveniados do setor privado. Tem portanto autonomia e menos pressão por parte de grupos poderosos, para redirecionar o modelo.

O comportamento verificado no uso dos recursos não é porém revelador de mudanças. Teme-se que a confirmar as atuais tendências, a municipalização em Campina Grande pouco ultrapasse a mudança do responsável pela assinatura dos pagamentos. Conforme analisamos, há a necessidade de redirecionar a utilização dos recursos do SUS, no sentido de privilegiar gastos preventivos, ao invés da grande quantidade de gastos hospitalares, notadamente voltados para a cura.

O momento atual parece ser, portanto, o mais adequado e urgente para a modificação do papel da atenção básica, da preocupação com este tipo de atenção como porta de entrada única do sistema, do direcionamento do PSF como eixo principal, da concretização de uma central automática de consultas, interligada a um banco de dados permanente e transparente para o conjunto da população.

Vê-se claramente que a distância existente entre o SUS real e o SUS idealizado e normatizado pode ser consideravelmente diminuída pelo gestor municipal, desde que este tome de fato para si a tarefa de transformar a atenção à saúde no município.

## ANEXOS

### **NOB/96 – RESPONSABILIDADES, REQUISITOS E PRERROGATIVAS PARA A GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E GESTÃO PLENA DO SISTEMA**

#### 15.1. GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA

##### **15.1.1. Responsabilidades**

- a)Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus municípios, com incorporação negociada à programação estadual.
- b)Gerência de unidades ambulatoriais próprias.
- c)Gerência de unidades ambulatoriais do estado ou da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.
- d)Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.
- e)Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.
- f)Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB.

- g) Operação do SIA/SUS quanto a serviços cobertos pelo PAB, conforme normas do MS, e alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional.
- h) Autorização, desde que não haja definição em contrário da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços.
- i) Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
- j) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o seu meio ambiente.
- k) Execução das ações básicas de vigilância sanitária, incluídas no PBVS.
- l) Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, incluídas no TFECD.
- m) Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo CMS.

### **15.1.2. Requisitos**

- a) Comprovar o funcionamento do CMS.
- b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.
- c) Apresentar o Plano Municipal de Saúde e comprometer-se a participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.
- d) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à



contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão.

- e) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.
- f) Formalizar junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.
- g) Dispor de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.
- h) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.
- i) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica.
- j) Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

### **15.1.3. Prerrogativas**

- a) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso da Atenção Básica (PAB).
- b) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).
- c) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.

- d) Subordinação, à gestão municipal, de todas as unidades básicas de saúde, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.

## 15.2. GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL

### 15.2.1. Responsabilidades

- a) Elaboração de toda a programação municipal, contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual.
- b) Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência.
- c) Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.
- d) Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços.
- e) Garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não-residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.
- f) Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus municípios e à referência intermunicipal.

- g) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelo TFGM.
- h) Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme a PPI e segundo normas federais e estaduais.
- i) Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional.
- j) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
- k) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente.
- l) Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, bem como, opcionalmente, as ações do PDAVS.
- m) Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras incluídas no TFECD.

### **15.2.2. Requisitos**

- a) Comprovar o funcionamento do CMS.
- b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.
- c) Participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.
- d) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à

- contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do Sistema sobre a saúde dos seus municípios.
- e) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.
  - f) Formalizar, junto ao gestor estadual com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos específicos relativos à condição de gestão pleiteada.
  - g) Disponibilizar de médico formalmente designado pelo gestor como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.
  - h) Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na programação integrada do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como os indicadores mediante dos quais será efetuado o acompanhamento.
  - i) Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.
  - j) Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses.
  - k) Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS.
  - l) Assegurar a oferta, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PAB e,

adicionalmente, de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básicas.

m) Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

n) Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

### **15.2.3. Prerrogativas**

a) Transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao Teto Financeiro da Assistência (TFA).

b) Normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, inclusive quanto a alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima, desde que aprovada pelo CMS e pela CIB.

c) Transferência regular e automática fundo a fundo dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).

d) Remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade e, remuneração pela execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS), quando assumido pelo município.

e) Subordinação, à gestão municipal, do conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.

f) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças, conforme definição da CIT.

## LISTAGEM DAS SIGLAS UTILIZADAS

- AIH - Autorização de Internação Hospitalar
- APAC - Autorização de Procedimento de Alto Custo
- AVEIANM - Ações de Vigilância Epidemiológica, Imunização e Atos Não Médicos
- CIB - Comissão Intergestores Bipartite
- CIT - Comissão Intergestores Tripartite
- CMS - Conselho Municipal de Saúde
- CS - Centros de Saúde
- DST/AIDS - Convênio Doenças Sexualmente Transmissíveis
- FAE - Fração Assistencial Especializada
- FIDEPS - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde
- FMS - Fundo Municipal de Saúde
- GIT - Gratificação de Incentivo ao Trabalho
- GNT - Gratificação por Natureza de Trabalho
- HUAC - Hospital Universitário Alcides Carneiro
- ISEA - Instituto de Saúde Elpídio de Almeida
- IVH-E - Índice de Valorização Hospitalar de Emergência
- LOS - Lei Orgânica da Saúde
- MS - Ministério da Saúde
- NOB - Norma Operacional Básica
- OMS - Organização Mantenedora de Serviços de Saúde
- PAB - Piso da Atenção Básica
- PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PAS - Plano de Assistência à Saúde
- PBVS - Piso Básico de Vigilância Sanitária
- PPI - Programação Pactuada e Integrada
- PSF - Programa Saúde da Família
- SMS - Secretaria Municipal de Saúde
- SUS - Sistema Único de Saúde
- TFD - Tratamento Fora do Domicílio
- UBS - Unidades Básicas de Saúde
- UEPB - Universidade Estadual da Paraíba
- UMG - Unidade Mista de Galante

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) ALBUQUERQUE, Carlos César de. A Volta dos Postos de Saúde. Folha de S. Paulo, 29 set. 1997.
- 2) ALBUQUERQUE, Carlos César de. Reforma na saúde. Isto É, São Paulo, n.1437, p.5-7, 16 abril. 1997. Entrevista concedida a E. Hollanda, E. Silva e P. Andrade.
- 3) ALBUQUERQUE, Carlos César de. Revolução na Saúde. Folha de S. Paulo, 20 jul. 1997.
- 4) ARAÚJO, Lindemberg Medeiros de. Municipalização da Saúde. Cadernos da SESAU, volume 1. 1997.
- 5) BRASIL. Ministério da Saúde. Avançando Para a Municipalização Plena da Saúde - O que Cabe ao Município - Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde - 1994.
- 6) BRASIL. Ministério da Saúde. Algumas Questões Básicas sobre o SUS e a Gestão Municipal em Saúde. Brasília. Novembro/1996.
- 7) BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno Saúde da Família - Construindo um novo modelo: Os Municípios já têm histórias para contar. Ano 1. n.1, janeiro-junho/96.
- 8) BRASIL. Ministério da Saúde. Começa a Revolução Branca na Saúde. Atualidades do MS, 18 dez. 1997.
- 9) BRASIL. Ministério da Saúde. Governo Faz Mudança Radical no SUS. Atualidades do M.S. 17 dez. 1997.
- 10) BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde Habilita 1.372 municípios a receber o PAB. Atualidades do Ministério da Saúde, 28 jan. 1998. Disponível: <http://www.ms.gov.br>.
- 11) BRASIL. Ministério da Saúde. NOB-SUS 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS, Brasília, janeiro de 1997. Publicada no D.O.U. em 6/11/1996.
- 12) BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 059/GM, de 16 de janeiro de 1988.
- 13) BRASIL. Ministério da Saúde. Presidente diz que com o PAB populações pobres terão melhor atendimento médico.

Atualidades do MS, 27 jan. 1998. Disponível:

<http://www.ms.gov.br>

- 14) BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família - Plano Operacional para 1994. Brasília, fevereiro de 1994.
- 15) BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: Uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde. Documento Preliminar, março/96.
- 16) BRASIL. Ministério da Saúde. O Que Muda com o PAB?. 1998.
- 17) BRASIL. Ministério da Saúde, Projeto Nordeste. Incentivo à Participação Popular e ao Controle Social no SUS (textos técnicos para Conselheiros de Saúde). Brasília, 1994.
- 18) BUENO, Wanderlei Silva. MERTHY, Emerson Elias. Os Equívocos da NOB 96: Uma Proposta em Sintonia com os Projetos Neoliberalizantes? Texto apresentado para publicação na Revista Saúde em Debate em maio de 1997.
- 19) CÂMARA, Lúcio da Costa. Trajetória das Internações na Paraíba. Da Assistência Exclusiva ao Previdenciário ao Atendimento Universalizado. (mimeo).
- 20) CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. Boletim do Programa de Saúde da Família - Campina Grande - PB. Ano 1, n. 1, Janeiro de 1997.
- 21) CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. Informe Saúde - Informativo Técnico da Secretaria Municipal de Saúde. Ano 1, n.2, abr-jun/1997.
- 22) CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. Plano de Saúde 1997-2000. Campina Grande, 1997.
- 23) CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde da Família: Estratégia de Implantação - Proposta de Implantação. Fevereiro de 1994.
- 24) CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Atividades 1997.
- 25) CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma da Reforma - Repensando a Saúde. 2 edição, São Paulo, Hucitec, 1997. (224 p.).



- 26) CANTARINO, Gilson. O SUS é a Única Saída Para a Saúde. Entrevista concedida para o Diário da Borborema, 01 de junho de 1997.
- 27) CAPISTRANO FILHO, David. Da Saúde e das Cidades. São Paulo. Editora Hucitec. 1995.
- 28) D'AGOSTINI JUNIOR, Angelo. O Sus no País do Real. Folha de S. Paulo. 11 nov. 1997. Diário Oficial da União, 22 de Dezembro de 1997. Portarias de n. 1882 a 1889.
- 29) DUARTE, Emeide Nóbrega, NEVES, Dulce Amélia de Brito, SANTOS, Bernadete de Lourdes Oliveira dos Santos. Manual Técnico Para Realização de Trabalhos Monográficos. 2ª Edição, João Pessoa, Editora Universitária, 1995.
- 30) Está de Volta o Médico de Família. Revista Globo Ciência, julho de 1997
- 31) FAPESQ. O Médico de Família e a Tecnologia Apropriada: Uma Experiência Cubana.
- 32) FEGHALI, Jandira. Saúde: Uma Prioridade Estratégica. Princípios, n.47, nov.-dez.1997 e jan.1998. Especial Saúde.
- 33) JOÃO PESSOA. SESAU notícias. Informativo mensal da Secretaria de Saúde do município de João Pessoa. Ano 1, n. 1.
- 34) MEDICI, André Cezar. Perfil da Saúde no Brasil. In: Textos Para Discussão, nº 472. Brasília. IPEA. 1997.
- 35) MEDICI, André Cezar. A Economia Política das Reformas em Saúde. Porto Alegre. IAHCS, 1997.
- 36) MEDICI, A.C., OLIVEIRA, F. E. B. de, BELTRÃO, K. I. Universalização com Qualidade: Uma Proposta de Reorganização do Sistema de Saúde no Brasil. Economia Brasileira em Perspectiva. Rio de Janeiro, IPEA, volume 1, 1996. p. 309-323.
- 37) MENDES, Eugênio Vilaça. Uma Agenda Para a Saúde. São Paulo, Hucitec, 1996.
- 38) NASSIF, Luís. A Economia da Demanda em Saúde. Folha de S. Paulo, 22 de janeiro de 1998.

- 39) NASSIF, Luís. O Modelo Canadense de Saúde. Folha de S. Paulo. 20 de jan. de 1998.
- 40) NASSIF, Luís. O Modelo Inglês de Saúde. Folha de S. Paulo. 19 jan. de 1998.
- 41) NASSIF, Luís. Patrocinador da Saúde. Folha de São Paulo, 18 jan. de 1998.
- 42) NASSIF, Luís. A municipalização da Saúde. Folha de S. Paulo, 21 de janeiro de 1998.
- 43) NEGRI, Barjas. Saúde: Prioridade à Atenção Básica. Atualidades do MS, 7 jan. de 1998. Disponível: <http://www.ms.gov.br>.
- 44) PEROTA, Maria Luiza Loures, CRUZ, Anamaria da Costa. Referências Bibliográficas (NBR 6023) - Notas Explicativas. 2ª Edição. Niterói. EDUFF. 1997.
- 45) PINOTTI, José Aristodemo. Saúde Pobre Para os Pobre. Mimeo. Sem Referências.
- 46) PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE. ORÇAMENTO PROGRAMA 1999. Projeto de Lei N° 026 de 21 de Setembro de 1998.
- 47) População Sem PAS. População Sem PAS. Revista Isto É, 29 set. 1997.
- 48) Portaria 059/GM. 16 de janeiro de 1998.
- 49) RODRIGUEZ NETO, Eleutério. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: Suas Origens, Suas Propostas, Sua Implantação, Suas Dificuldades e Suas Perspectivas. In: Incentivo à Participação Popular e ao Controle Social no SUS. Ministério da Saúde. Brasília. 1994.
- 50) ROTTA, José Heleno. Campina Grande e a Municipalização da Saúde (I e II). Jornal da Paraíba, 28 fev. 1998 e 01 mar 1998.
- 51) ROTTA, José Heleno. As Relações Quantitativas do SUS em Campina Grande e o Processo de Municipalização da Saúde. Mestrado em Economia, UFPB. Série Debates, n.68, agosto de 1997.
- 52) ROTTA, José Heleno. O SUS e o processo de municipalização da saúde. Jornal da Paraíba, 11 out. 1997.

- 53) ROTTA, José Heleno. Prestando Contas. Diário da Borborema. Campina Grande, 28 fev. 1997.
- 54) ROTTA, José Heleno. QUEIROZ, Lúcia de Fátima. Sistema de Saúde de Campina Grande: Desempenho e Perspectivas de Geração de Recursos na Rede Ambulatorial Pública Municipal. UFPB. Mestrado em Economia. Campina Grande, Série debates n. 52, Novembro/1995.
- 55) ROTTA, José Heleno. Saúde e Mudança. Jornal da Paraíba, domingo, 29 jun. 1997.
- 56) SELLTIZ, Claire; JAHODA, Marie; DEUTSCH, Morton; COOK, Start W. Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais. São Paulo. EPU/EDUSP, 1974.
- 57) SILVA, Edmilson Guimarães. Evolução das Políticas de Saúde Pública no Brasil, Concepção e Implantação do SUS e Modelos de Assistência à Saúde em Campina Grande (PB). Dissertação Defendida no Mestrado em Economia, Campina Grande, UFPB, 1998.
- 58) SCOTTI, Ricardo F. Informações Sobre a NOB-96: Um Novo Modelo de Gestão do SUS. Ministério da Saúde. Brasília, 1996.